



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Ana Mafalda Vergueiro de Almeida

**PSICOSSOMÁTICA E FIBROMIALGIA: RELAÇÃO CORPO-MENTE
REVISITADA**
NEUROTICISMO, ALEXITIMIA, VINCULAÇÃO E SOMATIZAÇÃO EM
PESSOAS COM FIBROMIALGIA

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, orientada pelo Professor Doutor Rui Paixão e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Janeiro de 2020

**PSYCHOSOMATICS AND FIBROMYALGIA: BODY MIND RELATIONSHIP
REVISITED | Neuroticism, Alexithymia, Attachment and Somatization
in Fibromyalgia**

PSICOSSOMÁTICA E FIBROMIALGIA: RELAÇÃO CORPO-MENTE REVISITADA | Neuroticismo, Alexitimia, Vinculação e Somatização em pessoas com Fibromialgia

Resumo

Introdução: A relação entre personalidade e sintomas somáticos tem vindo a ser amplamente explorada considerando como preditores significativos destes últimos o elevado nível de neuroticismo, a alexitimia e as relações de vinculação. Em Portugal, poucos estudos existem sobre estas relações, nomeadamente em pacientes com Fibromialgia. Este estudo procura aprofundar a compreensão da relação entre as variáveis supra indicadas e a somatização por forma a identificar aspetos a ter em consideração, dum ponto de vista psicossomático, em futuras intervenções de cariz preventivo.

Métodos: Participaram 264 sujeitos, 56 com Fibromia (FM), 155 sem doença crónica (GC) e 53 com outras doenças crónicas (ODC), que preencheram um protocolo *online* constituído por questionário clínico e sociodemográfico, bem como medidas específicas de personalidade (NEO-FFI), Alexitimia (TAS-20), Vinculação (EVA) e Somatização (R- SOMS-2 e BSI). Foi realizada análise de variância para variáveis contínuas, utilizando *one-way* ANOVA, seguida do teste post hoc de Tukey (ou alternativa não paramétrica Kruskal-Wallis, seguido do teste LSD de Fisher) e Qui-Quadrado (com simulação de Monte Carlo) para variáveis nominais. Efetuaram-se análises de correlação bivariada (r de Pearson) e regressões hierárquicas múltiplas (método *enter*, com correção de Bonferroni).

Conclusões: Verificámos que, na maioria das variáveis, existem diferenças significativas entre os sujeitos com FM e os outros dois grupos e que as características do ODC se assemelham ao GC. Considerando o R-SOMS-2, na FM apuraram-se correlações significativas entre Neuroticismo, “conforto com proximidade” e queixas somáticas e, tanto neste grupo como no GC, o Neuroticismo foi o único preditor estatisticamente significativo de Somatização. No BSI, apesar de se verificarem associações significativas entre Somatização e a maioria das variáveis independentes, nenhuma delas manifestou ser um preditor estatisticamente significativo, em nenhum dos grupos, o que pode corroborar a hipótese de amplificação somatosensorial, reforçando os efeitos do Neuroticismo e confirmando os estudos empíricos a respeito. Nos sujeitos com FM confirmaram-se níveis mais altos de Alexitimia e estilos de vinculação mais inseguros que nos outros grupos, com associações à Somatização pouco significativas. Nos FM os sintomas psicopatológicos não se mostraram preditores de Somatização pelo R-SOMS-2. Pelo BSI a Ansiedade constitui-se como preditor significativo ainda que explicando apenas cerca de 11% da variância na Somatização.

Palavras-chave: Psicossomática, Fibromialgia, Neuroticismo, Alexitimia, Vinculação Insegura, Somatização, Sintomas Somatoformes, amplificação somatosensorial

PSYCHOSOMATICS AND FIBROMYALGIA: BODY MIND RELATIONSHIP REVISITED | Neuroticism, Alexithymia, Attachment and Somatization in Fibromyalgia

Abstract

Introduction: The relation between personality and other somatic symptoms has been widely explored and there is evidence that high neuroticism, alexithymia and insecure attachment may act as predisposing conditions for somatization. Notwithstanding research within Portuguese population about the relations between the variables mentioned above is scarce, mostly concerning to Fibromyalgia. This study pretends to identify aspects that arise from a psychosomatics' point of view and that might be important to account for to early intervention and prevention purposes.

Methods: There were 264 participants, 56 Fibromyalgia, 155 no chronic diseases identified (control group GC) and 53 indicating several chronic diseases (ODC), which were asked to complete the Big Five Inventory NEO-FFI, TAS-20, AAS-R, R- SOMS-2, BSI and a demographic and clinical online survey. The first three scales evaluate neuroticism, alexithymia and adult attachment and the former somatization and somatosensory amplification. Variance analysis (ANOVA with post-hoc comparisons, Kruskal-Wallis with LSD Fisher test and Qui-Squared Monte Carlo simulation) was performed. We also conducted correlation analysis (Pearson r coefficient) and hierarchical multiple regressions (enter method and Bonferroni correction).

Conclusions: There are significant differences within the FM group and the other two groups concerning to most of the variables. Additionally, no significant differences were found between the GC and ODC. It was found a significant correlation between somatization symptoms (R-SOMS-2), and two of the independent variables (neuroticism and closeness), but neuroticism was the only predictor statistically relevant, for both groups FM and GC. Significant association was found between somatization (BSI) and the independent variables but none of them was found to be a statistically relevant predictor, which might confirm the somatosensory amplification hypothesis, consistent with the empirical research concerning to personality and somatization. Additionally, FM group participants had higher levels of alexithymia as well as insecure attachment styles than the GC and ODC participants, which might as well confirm our initial hypothesis, even though none of them was found to be a statistically significant predictor. Psychopathology was not found to be a statistically significant predictor for somatization, concerning to R-SOMS-2, though for BSI Anxiety was found to be a significant predictor nonetheless explaining only 11% of somatization variance.

Keywords: Psychosomatics, Fibromyalgia, Neuroticism, Alexithymia, Insecure Attachment, Somatization, Somatic symptoms, Somatosensory Amplification

**PSICOSSOMÁTICA E FIBROMIALGIA: RELAÇÃO CORPO-MENTE
REVISITADA** | Neuroticismo, Alexitimia, Vinculação e Somatização
em pessoas com Fibromialgia

Agradecimentos

A todas as pessoas que aceitaram participar neste projeto e que assim o tornaram possível.

Ao Professor Rui Paixão pela sua tolerância, pelas suas críticas e sugestões, por compreender, confiar e apoiar e por me ter dado espaço para descobrir, explorar e concretizar as minhas próprias ideias.

Às minha amigas, companheiras destes últimos anos de estudo Carina Oliveira, Helena Rebelo, Cátia Sousa, Margarida Barreto, Joana Alves, sem elas estes teriam sido bem mais desafiantes. Aos InterDito: Cátia Silva, Diana Sousa, Inês Leal, João Oliveira, Magda Jordão, Maria, Mariana Morais, Miriam Jorge, Pedro Martins e ao Nuno Salema que me enriqueceram o meu mundo interno.

Um agradecimento especial à Ana Melo, Dian Utami, Conceição Marques Silva, Liliana Sousa, Marcus Stueck e Margarida Lima que sem o seu apoio e sugestões, o final desta etapa não teria sido materializado.

Às pessoas maravilhosas dos grupos de Biodanza e de Yoga que facilito, pois, sem a sua curiosidade e compromisso consigo mesmos e com o seu percurso de desenvolvimento pessoal e humano esta reflexão e caminho criador não teria sido tão enriquecedor.

À minha família e à minha família ecológica (sob pena de me esquecer de alguns dos amigos e amigas que merecem ser aqui nomeados) Alina Antunes, Candida Shinn, Carina Oliveira, Cátia Monteiro Antunes, Cristina Fernandes, Mafalda Moreira e família, Mariana Morais, Marta Coelho e família, Susana Alves, Susana Costa, pelo seu apoio e amor incondicionais.

“Be the change you want to see in the world.” Mahatma Gandhi

Índice	
Resumo.....	2
Abstract.....	3
Agradecimentos.....	4
Introdução.....	3
I – Enquadramento conceptual	5
Psicossomática, Somatização e Transtornos Somáticos	5
Psicodinâmica: Desde a Histeria à Psicossomática	7
<i>Histeria</i>	7
<i>Psicodinâmica e psicossomática</i>	9
<i>Alexitimia</i>	12
Relações Precoces e Psicossomática	15
<i>Teorias psicodinâmicas de relação de objeto</i>	15
<i>Teoria da Vinculação e Psicossomática</i>	17
<i>Influências na Psicossomática</i>	19
Personalidade, Neuroticismo e Psicossomática	20
Fibromialgia, Dor Crónica e Psicossomática	22
<i>Características da fibromialgia</i>	22
<i>Fibromialgia e psicossomática</i>	23
II - Objetivos.....	25
Questões de Pesquisa	25
III - Metodologia.....	26
Amostra	26
<i>Caraterização da amostra</i>	26
Instrumentos	27
<i>Questionário</i>	27
<i>Inventário reduzido de Sintomas Somáticos (R-SOMS- 2)</i>	27
<i>Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI)</i>	28
<i>Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20)</i>	28
<i>Escala de vinculação do adulto (EVA)</i>	29
<i>Inventário dos cinco fatores NEO-FFI</i>	30
Procedimentos de investigação	30
Análise estatística	30
IV – Resultados.....	31

Análise comparativa nos três grupos em estudo	31
<i>Somatização</i>	31
<i>Personalidade, alexitimia, vinculação, sintomas psicopatológicos</i>	32
Sintomas psicopatológicos	34
Associação entre características de personalidade, alexitimia, vinculação e sintomas psicopatológicos para a Somatização	34
<i>Características de personalidade</i>	35
<i>Alexitimia</i>	35
<i>Vinculação</i>	35
<i>Sintomas psicopatológicos</i>	36
Poder preditivo das características de personalidade, alexitimia e vinculação para a Somatização	36
<i>Fibromialgia (FM)</i>	36
<i>Grupo com outras doenças crónicas (ODC)</i>	37
<i>Grupo da população geral/Controlo (GC)</i>	38
Poder preditivo dos sintomas psicopatológicos para a Somatização	39
V - Discussão.....	40
Hipótese 1	40
Hipótese 2	42
<i>Neuroticismo</i>	42
<i>Alexitimia</i>	44
Hipótese 3	45
Hipótese 4	46
Limitações do Estudo e investigações futuras	46
VI - Conclusões	48
Bibliografia.....	50
Anexo I – Caraterização da amostra (N=264)	55
Anexo II – Teste de Homogeneidade das variáveis	57
Anexo III - Características de Personalidade, Alexitimia, Vinculação e Sintomas Psicopatológicos: Comparação nos grupos em estudo	58
Anexo IV - Coeficientes de correlação r de Pearson entre variáveis em estudo e a Somatização (R-SOMS-2 e BSI)	60
Anexo V – Questionário clínico e sociodemográfico	1

Introdução

Em 2010, nos países da União Europeia o custo total das perturbações somatoformes ascendeu a 21 biliões de euros (Fabião, 2010). Adicionalmente, entre 2010 e 2012, a presença da Fibromialgia (FM) na Europa estimava-se entre 2% e 22% nas populações clínicas e entre 1% e 11% na população geral, mas, curiosamente, na China esta era uma perturbação ausente (Quartilho, 2016).

Os sintomas somáticos estão difundidos na prática clínica e a relação entre estes e um estado de saúde fragilizado é, genericamente, acolhida (Hyphantis, Goulia, & Carvalho, 2013). A maioria dos sintomas somáticos funcionais observados não está associado a uma patologia orgânica e contribui para a emergência de incapacidade a longo prazo, mesmo sem a presença de ansiedade ou depressão (Quartilho, 2016).

A observação empírica da influência dos processos mentais sobre as funções somáticas deu origem a investigações sobre a gênese psicológica dos transtornos somáticos (Eksterman, 1992b). Por outro lado, verifica-se uma associação entre número de sintomas não explicados e o risco de mal-estar psicológico ou perturbação psiquiátrica ao longo da vida (Quartilho, 2016). Neste contexto, a psicossomática oferece-se como uma visão coerente e abrangente dos fenómenos de Somatização (Mello Filho, 1992).

Paralelamente, variáveis ligadas à personalidade têm contribuído para compreender a relação entre saúde física e psicológica à medida que o indivíduo envelhece. Estas variáveis são importantes para capturar processos biopsicossociais que podem ser protetores ou comprometedores da saúde, a nível geral, ao longo do tempo, (Friedman, 2019). Com efeito, verifica-se que o alto Neuroticismo tende a correlacionar-se significativamente com a depressão, alcoolismo, ansiedade, perturbações de pânico e outros sintomas de explicação médica mais difícil, entre os quais: fadiga crónica, reações alérgicas crónicas, dor crónica, dor de cabeça muscular e vascular, síndrome do cólon irritável, dores tempero-mandibulares, insónia primária, hipertensão primária e dores lombares ou cervicais. Além do supra citado foram também descritas correlações entre este traço e problemas de pele, úlceras, asma, doenças respiratórias e problemas de pulmões (Costa & McCrae, 1980; Liu, Gillespie, Ye, Zhu, Duffy, & Martin, 2018; Jeronimus, Riese, & Ormel, 2015; Friedman, 2019; Klinger-König, Hertel, Terock, Völzke, Van der Auwera, & Grabe, 2018; Knight, Orihuela, Perrotte, & McNaughton-Cassill, 2016; Loerbroks, Li, Bosch, Herr, & Angerer, 2015; Malyszczak, Wróbel, Chachaj, Inglot, & Kiejna, 2010; Rosmalena, Neeleman, Gansb, & De Jonge, 2007; Smith, 2006; Spink Jr., Jorgensen, & Cristiano, 2018; Wickramasekera, 1998).

A alexitimia é outra das variáveis que tem vindo a ser associada a perturbações psiquiátricas e psicossomáticas, nomeadamente no caso de sujeitos com Fibromialgia (De Laire, Rodriguez, & Rodríguez, 2012;

Gil, Weigl, Wessels, Irnich, Baumüller, & Winkelmann, 2008; Montoro & Reyes del Paso, 2015) e caracteriza-se por dificuldades na identificação e descrição de sentimentos (Aaron, Fisher, De la Veja, & Lumley, 2019; Kano & Fukudo, 2013; Klinger-König et al., 2018; Kojima, 2012; McDougall, 2000; Quartilho, 2016; Ribeiro da Silva, 1992; Santos Filho, 1992a).

Concomitantemente tem vindo a ser referida a importância das relações estabelecidas durante a primeira infância para o desenvolvimento de uma identidade saudável, relacionando-se muitas vezes, tanto a somatização como a fibromialgia com a vinculação insegura (Gil et al., 2008; Naylor, Boag, & Gustina, 2017; Quartilho, 2016; Silva Slompo & Bernardino, 2006; Stuart & Noyes, 1999; Taylor, Marshall, Mann, & Goldberg, 2012; Villalpando, Sotres, Manning, & González, 2005) ou com relações de objeto que não permitem uma autonomização do self enquanto ser adulto dotado de subjetividade (McDouglas, 2000; Ribeiro da Silva, 1992; Sami-Ali, 2002; Santos Filho, 1992b).

Por outro lado, a Fibromialgia é uma enfermidade psicossomática de etiologia desconhecida caracterizada por um estado de dor crónica generalizada a nível musculoesquelético (Quartilho, 2016). A complexidade desta síndrome está assente na escassa evidência empírica no que se refere à patologia orgânica, à sua forma de diagnóstico, que se centra na importância da dor, e às suas implicações na esfera afetiva, o que tem levado as investigações a incidirem sobre os fatores psicológicos que a mantêm (De Laire et al., 2012).

O presente estudo procura clarificar a multidimensionalidade do fenómeno psicossomático, nomeadamente a relação entre o Neuroticismo e a forma como as pessoas se relacionam com as suas emoções, apoiando-se no conceito de alexitimia, nos esquemas de perceção da relação de vinculação primária e nas queixas somáticas e/ou sintomas somatoformes, não explicadas por doenças fisiológicas previamente identificadas. O estudo realiza-se em dois grupos equivalentes considerando as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, rendimento e escolaridade, nomeadamente um grupo clínico de pacientes com Fibromialgia e um grupo de sujeitos sem esta síndrome. A compreensão destas relações permite uma intervenção precoce mais eficaz tanto ao nível psicoterapêutico como ao nível médico. No entanto, os estudos efetuados em populações clínicas, nos últimos 10 anos, sobre somatização, psicossomática ou sintomas somatoformes, particularmente em sujeitos diagnosticados com Fibromialgia, parecem ser escassos e os seus resultados inconclusivos (Quartilho, 2016).

I – Enquadramento conceptual

“No mundo psíquico interior o quotidiano do afeto ocupa muitas vezes o lugar de Atlântida” (McDougall, 2000, p. 117).

Psicossomática, Somatização e Transtornos Somáticos

A relação corpo mente tem sido objeto de reflexão e de estudo desde os primórdios da humanidade, tanto de uma forma mais holística, ou seja, considerando que corpo, soma e mente são uma unidade interdependente ou de uma forma menos integrada, referindo-se a estes como dimensões espartilhadas que se interrelacionam. Assim, releva-se a importância de se definir os conceitos base que têm dado forma a esta análise: somatização, sintomas somatoformes, transtornos somáticos e psicossomática.

Somatização pode ser definida como o processo através do qual os sujeitos, "evitando" informações psicológicas assustadoras, traduzem a sua angústia emocional em sintomas físicos, definição muito próxima da psicossomatização (Wickramasekera, 1998; Wise & Mann, 1994; Quartilho, 2016).

O transtorno de somatização foi introduzido na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-III), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), em 1980, sendo que até esta data estava incluído na categoria de histeria. De acordo com esta categorização o transtorno de somatização abrangia as perturbações mentais que tinham em comum a presença de sintomas físicos que sugeriam uma alteração somática para a qual não existiam evidências orgânicas ou mecanismos fisiológicos conhecidos. Para que este diagnóstico fosse adotado a APA considerava que deveria ser positivamente comprovado, com firmes presunções que os sintomas estariam ligados a fatores ou conflitos psicológicos (Lopez-Santiago & Belloch, 2012).

As perturbações somatoformes foram definidas, no DSM-IV, como presença de sintomas físicos que sugeriam uma condição médica geral e causavam sofrimento ou compromisso funcional significativos, não explicáveis por qualquer outra condição médica, pelos efeitos diretos de uma substância ou por qualquer outra perturbação mental. A somatização constitui, assim, um fenómeno mais amplo que o seu correspondente categorial refletido nas perturbações somatoformes (Quartilho, 2016).

Esta classificação foi evoluindo ao longo dos tempos, na tentativa de uma maior clarificação (Afonso, 2016; APA, 2013) e com o DSM-V as perturbações somatoformes foram substituídas por perturbações dos sintomas somáticos. Nesta classificação, o foco transferiu-se dos sintomas medicamente não explicados para a existência de pensamentos, sentimentos e comportamentos disruptivos e exagerados relacionados com a presença de sintomas somáticos (Afonso, 2016). Os diagnósticos de transtorno de somatização, hipocondria, transtorno doloroso e transtorno somatoforme indiferenciado foram removidos, a

hipocondria passou a estar incluída nos transtornos de ansiedade e a histeria deixou de ser conceptualizada (APA, 2013).

A respeito da classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos somatoformes incluem-se no código internacional de doenças, CID-10, dentro da categoria transtornos neuróticos secundários, sob a designação de situações stressantes, e somatoformes. Nesta classificação o transtorno de conversão está incluído entre os transtornos dissociativos, mas de conversão (Lopez-Santiago et al., 2012).

Paralelamente, não tem sido tarefa fácil distinguir entre as várias formas de perturbações somatoformes e outras síndromes afins e ainda hoje é ténue a linha que distingue somatização, hipocondria, neurastenia (atual síndrome de fadiga crónica), perturbações dissociativas, perturbações conversivas, perturbações da adaptação e da personalidade com sintomas somatoformes e perturbações factícias (Fabião, 2010).

Face ao exposto, no contexto clínico o processo de somatização pode ser conceptualizado de três formas distintas: como uma manifestação de doenças psiquiátricas que se apresentam de forma somática, como perturbações somatoformes ou como um conjunto de sintomas medicamente não explicados (síndromes somáticas funcionais) e pode, também, dizer respeito a um comportamento de doença particular, resultante de uma interação complexa entre sintomas de mal-estar psicológico e mecanismos cognitivos relacionados com processos de interpretação ou atribuição no recurso ao sistema de cuidados de saúde. Com efeito, as queixas somáticas podem não ter origem numa inibição da expressão de emoções como o medo, a raiva ou a vergonha, mas no esforço psíquico elevado que é necessário efetuar para que essa supressão tenha sucesso. Deste modo, sofrimento psicológico e queixas somáticas poderão não ser formas alternativas de expressão de um mesmo sofrimento, mas fenómenos que tendem a aparecer em conjunto, ainda que sejam notórios os indícios de que a somatização constitui uma via de expressão de manifestações como a ansiedade, depressão ou outras perturbações psiquiátricas. (Quartilho, 2016).

Paralelamente, o termo psicossomática foi cunhado por Heinroth (1773–1843) no Séc. XIX, mas só com as publicações de Franz Alexander (1891-1964) se consolidou (Santos Filho, 1992a). Franz Alexander foi fundador do grupo de Chicago e estudou sete doenças, consideradas psicossomáticas, que ficaram a ser conhecidas por *Chicago Seven*, a saber: asma brônquica; úlcera gástrica; artrite reumatoide; retocolite ulcerativa; neurodermatoses; tirotoxicose; hipertensão arterial (McDougall, 2000). O estudo teve como objetivo associar certas doenças fisiológicas a constelações de personalidade específicas, as quais, diante de certos momentos vitais e aliadas a fatores de natureza constitucional, deflagrariam a crise psicossomática. Durante as décadas de 1920 e 1930 houve um interesse grande sobre o

impacto dos fatores psicogénicos na doença orgânica e as ideias de Alexander, que, à semelhança do que tinha defendido Freud (1956-1939) anteriormente, veiculavam os conflitos intrapsíquicos como gênese de doenças físicas, foram publicadas em várias revistas famosas da especialidade, entre as quais o “Journal of the American Medical Association” e ganharam uma enorme popularidade (Bergner, 2009).

A este título, Quartilho (2016) refere que a medicina psicossomática tem na sua gênese duas ideias fundamentais: psicogênese e holismo. A visão psicogénica da psicossomática defende que na base de várias doenças fisiológicas poderiam estar fatores psicológicos e que estas manifestações decorreriam de conflitos inconscientes não resolvidos, que geravam tensões emocionais crónicas, traduzidas fisiologicamente. Por sua vez, o conceito de holismo vem sustentar que mente e corpo não são duas entidades distintas, mas constituem uma unidade indivisível e integrada, pelo que o indivíduo deverá ser considerado na sua globalidade, como um complexo mente-corpo. Esta visão defende que o processo psicossomático inerente a todas as situações de doença deveria ser considerado numa dimensão biopsicossocial e abranger as influências do contexto social, cultural, bem como os aspetos biológicos e psicológicos na formação da doença, por forma a reconhecer a natureza multifacetada da natureza humana (Quartilho, 2016).

Nos anos 80, simultaneamente à assunção do transtorno de somatização como categoria diagnóstica pelo DSM-III, assistimos a uma diminuição da influência psicodinâmica na medicina psicossomática. Nesta altura a psicossomática passou a debruçar-se sobre o estudo das correlações entre fenómenos psicossociais e fisiológicos, normais ou patológicos, assim como sobre a relação entre fatores biológicos e psicossociais no desenvolvimento e evolução das doenças, adotando uma abordagem holística. A medicina psicossomática foi, em 2003 reconhecida nos Estados Unidos da América como subespecialidade psiquiátrica (Quartilho, 2016).

Sintetizando, pode referir-se que a psicossomática se apresenta como um campo de pesquisas sobre a inter-relação entre o psiquismo, a saúde e o adoecer, mantendo, simultaneamente, a essência de ser uma prática de medicina integral em que o homem é tratado enquanto unidade corpo-mente (Mello Filho, 1992).

Psicodinâmica: Desde a Histeria à Psicossomática

Histeria

A Histeria é um conceito obrigatório quando falamos de psicossomática, não obstante a carga pejorativa que lhe está subjacente, pois ainda hoje aparece associada a respostas emocionais exageradas face a determinadas situações e como metáfora de um mal-estar emocional atribuível principalmente às mulheres (Quartilho, 2016).

A Histeria como categoria descritiva tem sido aplicada de modos diferentes segundo os períodos da história e os respetivos contextos

culturais. Etiologicamente foi definida como uma doença com sintomas estranhos e algumas formas de comportamento perturbadas (Borossa, 2002).

No início era considerada uma perturbação do espírito explicada por uma anomalia biológica ligada ao útero e aparelho reprodutor da mulher. Durante o Séc. XIX foi encarada como uma perturbação psíquica expressa através de sintomas corporais e mais tarde, afastada a sua génese biológica, passou a identificar comportamentos que produziam uma aparência de doença (Borossa, 2002; Fabião, 2010; Quartilho, 2016). Alguns dos sintomas clássicos de histeria incluíam sufocação, tosse, convulsões espetaculares, paralisia dos membros e discursos fantasiosos, afonias, surdez, esquecimento da língua materna, fluência em línguas que não se sabia que a pessoa conhecia, vômitos persistentes e impossibilidade de ingerir alimentos, ou seja, tratava-se de uma doença que parecia irracional, de difícil controlo e pouco digna de crédito. Neste período assistimos ao apogeu desta condição e, numa conceção do mundo predominantemente patriarcal, *“a histérica passou a encarnar a própria feminilidade, enquanto problema e enigma, e é neste contexto que Freud desenvolve a sua abordagem e, curiosamente, a histeria parece ter desaparecido enquanto diagnóstico simultaneamente à consolidação do estatuto da psicanálise.”* (Borossa, 2002, p.12).

Com efeito, com a publicação de “Estudos sobre a Histeria” por Freud e Breuer (cit. in Borossa, 2002) a histeria passou a ser vista enquanto expressão de um trauma psíquico, que se encontrava conectado com impulsos da líbido que haviam sido reprimidos. De acordo com Freud (cit. in Borossa, 2002), os impulsos histéricos eram causados pela contradição entre um impulso, o desejo que não aceita limites e um proibido, ou uma censura, consubstanciado na necessidade de estar em conformidade com os limites que a sociedade impõe. O desejo entra em contradição com a respetiva capacidade de realização plena e os sintomas emergem como revelação de um sofrimento inconsciente que precisa ser de novo integrado psiquicamente, através da interpretação das reminiscências que as pacientes trazem à memória em narrativas de complexidade crescente (Borossa, 2002).

A histeria, a hipocondria e os fenómenos psicossomáticos representam articulações diversas do corpo com a psique, que se expressam caracteristicamente no corpo e através deste. A histeria conta uma história, em que as manifestações corporais são consequências dos processos de recalçamento, remetendo-nos para a neurose (Santos Filho, 1992a). Assim, uma representação que não pode ser consciente, pela sua característica afetiva intolerável, apresenta um conflito e torna-se inconsciente, mas estabelece um vínculo associativo com a consciência através do sintoma histórico que, simultaneamente, esconde e insinua a situação conflitual. A representação é recalçada, retorna através do sintoma e o afeto correspondente à representação é convertido numa manifestação corporal. A anatomia do corpo

simbólico relaciona-se com a história da sexualidade e com a vida do sujeito a que pertence (Santos Filho, 1992a). O corpo é utilizado simbolicamente pedindo e evitando, ao mesmo tempo, ser desvendado e materializa as significações corporais, que ele próprio cria pela projeção. Assim, a histeria traduz uma desrealização do corpo que pode dar lugar ao processo de cura (Sami-Ali, 2002).

Tanto Freud como Breuer (cit. in Borossa, 2002) referem que as suas pacientes eram mulheres inteligentes frustradas no exercício das suas capacidades intelectuais, que também tinham em comum uma inconformidade inquietante e uma enorme preocupação com o outro, colocando-se muitas vezes ao seu serviço (Borossa, 2002; Silva Slompo & Bernardino, 2006). Borossa (2002) refere, inclusivamente, que a histeria tinha duas facetas polarizadas, ora se referia a alguém que se conformava excessivamente com os modelos tradicionais de feminilidade, ora a mulheres que rejeitavam esses modelos. Neste sentido, é de notar a semelhança com as características e sintomatologia dos sujeitos com Fibromialgia, normalmente mulheres, sensíveis ao que as rodeia, com uma história de sofrimento na infância e que assumiram um papel de adulto desde bastante cedo, sendo que os sintomas parecem ser um mecanismo que lhes permitiu, em determinado momento de vida, diminuir o peso dessas responsabilidades (Silva Slompo & Bernardino, 2006; Villalpando et al, 2005).

Nos anos 90 os manuais de classificação de doenças abandonaram este termo, sendo que o DSM-V aboliu definitivamente este conceito (Quartilho, 2016). A psicossomática é, simultaneamente, “*o representante moderno e o túmulo da histeria*” (Avila & Terra, 2010, p. 339).

Psicodinâmica e psicossomática

“*Nada seríamos se não fosse a imaginação*” Ibn Arabi (1164-1240 cit. in Sami-Ali, 2002, p. 4)

A psicanálise constitui um corpo teórico que estabelece a forma como as tensões internas, derivadas de impulsos instintivos, se transfiguram em sonhos, fantasias e pensamentos, e desenvolve técnicas e teorias que permitem utilizar esta alquimia onírica terapêuticamente, integrando a doença no percurso biográfico do paciente e colocando a palavra e a relação médico-paciente como recursos terapêuticos. A essência da descoberta psicanalítica, representada pelo papel da palavra na patogenia e pelo valor da palavra na terapêutica, produziu a conceção psicossomática moderna, independentemente dos desenvolvimentos da própria psicanálise (Eksterman, 1992a).

A génese da abordagem psicanalítica a estes fenómenos surge com a histeria (Quartilho, 2016), ou seja, nos antípodas da psicanálise o psicossomático surge como oposição entre real e neurótico, entre possibilidade de integração da neurose e recalçamento (Sami-Ali,

2002).

De notar, que todos nós temos respostas psicossomáticas quando as circunstâncias internas ou externas são de tal formas complexas que ultrapassam as nossas resistências habituais. Quando a sobrecarga afetiva e a dor mental ultrapassam a capacidade de absorção das defesas, ao invés de conter a emoção e de refletir sobre ela para encontrar uma solução adequada, respondemos fazendo alguma coisa como comer demais, beber demais, fumar demais, provocar discussão com quem está próximo ou destruir o automóvel (McDougall, 2000). Não obstante, embora estas características sejam comuns a vários tipos de personalidade, a sua frequência é significativamente maior em sujeitos com vulnerabilidades psicossomáticas (Ribeiro da Silva, 1992). Nos sujeitos psicossomatizadores assistimos a uma economia psíquica que o self somático sustenta, substituindo a elaboração psíquica de sentimentos de despeito, angústia ou cólera através do que McDougall (2000) denominou de descarga-ato, associado aos sintomas psicossomáticos (Santos Filho, 1992b).

Neste contexto, no acompanhamento de pacientes psicossomáticos, autores franceses e americanos encontraram características comuns e frequentes que apontam para uma forma particular de pensamento e de lidar com as emoções por parte destes sujeitos. Tanto Pierre Marty (1918-1993), da Escola Francesa, como Joyce McDougall (1920-2011) postularam a existência de uma estrutura psíquica, à semelhança das estruturas neuróticas e psicóticas, a que chamaram de pensamento operatório ou privação psíquica, respetivamente. Esta estrutura psíquica caracteriza-se por uma relação com o mundo pragmática, que não se permite ser atingida por eventos carregados de afeto. Paralelamente, na Escola Americana, Sifneos (1920 – 2008) cunhou o termo Alexitimia, que se refere a uma incapacidade de experimentar e descrever emoções enquanto característica primordial dos sujeitos psicossomatizadores (Ribeiro da Silva, 1992).

Pierre Marty (1988, cit. in Santos filho, 1992a, 1992b) defende que a característica essencial dos sujeitos com vulnerabilidades psicossomáticas é o pensamento operatório, que caracteriza uma relação pragmática com a realidade, com capacidade reduzida de simbolização e uma vida fantasmática pobre. De acordo com este autor os sujeitos psicossomáticos sonham pouco e os seus sonhos são reais, repetindo o que fizeram durante o dia. Considera que nestes sujeitos o pré-consciente funciona de modo insuficiente, não permitindo uma elaboração psíquica. Neste sentido, quando ocorre algum evento de vida que possa afetar a sua existência, uma perda ou um luto, o psicossomático tem uma reação somática mais ao menos grave (Santos filho, 1992a). São sujeitos com forte apetência pelo circunstancial, que investem intensamente na realidade externa, da qual são dependentes ou híper adaptados e quando sofrem problemas existenciais intensificam o seu investimento no trabalho, para que este ocupe o lugar

do objeto interno securizante (eventualmente, a mãe), apresentando poucos sinais de cansaço (Ribeiro da Silva, 1992).

McDougall (2000), por sua vez, refere que o fenómeno psicossomático surge onde não pode surgir o trabalho psíquico, ou seja, a elaboração e a formação dos sintomas mentais. De acordo com esta autora, o somatizador, face a uma situação dolorosa, forclui (apaga) da sua consciência o acontecimento e a angústia subjacente, refletindo-a somaticamente. Deste modo, não só não tem palavras para descrever acontecimentos carregados de afeto, como também não tem memória da sua ocorrência. Por outro lado, quando se lembra desses acontecimentos não identifica os afetos subjacentes e a sua descrição é feita de forma desafetada, ou alienante, retirando, de forma inconsciente, à palavra toda a sua carga emocional e tratando-a como coisa, sendo que os sinais de angústia não chegam a ser simbolizados. Quando a representação ejetada do consciente não tem possibilidade de recuperação por sublimação esta autora fala de privação psíquica. Nestes casos, determinados traumas não são precedidos de angústia e são evacuados para fora do psiquismo, sem utilizar mecanismos de defesa associados a estruturas de personalidade neuróticas como a negação e o recalçamento. Para esta psicanalista estes indivíduos utilizam mecanismos de defesa psicóticos, mas não têm modo de pensar psicótico, pois considera que o sintoma tanto pode estar ligado a angústias neuróticas ou psicóticas, ainda que se verifique a mesma confusão inconsciente a propósito da representação do corpo como continente, bem como os mesmos temores quanto aos seus limites e estanquicidade (McDougall, 2000).

Os sujeitos psicossomatizadores parecem não apresentar sofrimento exibindo uma aparência de normalidade, daí que McDougall (2000) defenda que utilizam uma pseudonormalidade como forma de viver, onde a relação interpessoal é meramente operatória, denominando-os também de normopatas (Ribeiro da Silva, 1992).

De facto, estes sujeitos queixam-se frequentemente de sensações de vazio, de uma ausência de contacto com outras pessoas, ou acham que a vida não tem sentido. Seu Eu íntimo sofre de um profundo sentimento de morte interior, como se nunca tivessem chegado a estar realmente vivos (McDougall, 2000). *“Tudo acontece como se fosse proibido desfrutar da sua própria experiência de vida e aceitar, também, os momentos de decepção, de cólera ou dor narcísica que são o destino de todos”* (McDougall, 2000, p. 126). Assiste-se, assim, ao conflito acerca do direito de existir, fenómeno que denominou como histeria arcaica, referindo que neste contexto os sujeitos permanecem funcionais pessoal e relacionalmente, mas em constante auto-escrutínio, dotados de um enorme conformismo, incapazes de expressar raiva e descontentamento. Esta desvitalização provoca um desleixo ao nível físico, uma insensibilidade ao sofrimento, uma ausência de emoções e uma subseqüente incapacidade onírica, em tal grau, que produz uma ressomatização regressiva da experiência afetiva rejeitada,

o que constitui um risco para as barreiras imunológicas. Desta forma, assiste-se a uma ausência de sonhos e fantasias em situações onde seria de esperar que estes existissem e encontramos, em substituição, sensações corporais, pseudo percepções ou reações somáticas (McDougall, 2000).

Paralelamente, Sami-Ali (2002) refere que a somatização não histórica se define pelo sucesso do recalçamento do imaginário, que periodicamente se revela em fases de transição de ciclos de vida, por meio de pesadelos, insónias e angústias de fragmentação. Neste contexto, a calma é alcançada pelo retraimento do imaginário que passa a dar lugar a um sobre investimento no real. Deste modo, o sonho deixa de fazer parte da experiência vivenciada e o imaginário dá lugar ao conformismo, fenómeno que denomina como recalçamento bem-sucedido. O corpo funciona como um espaço de tradução e representação das subjetividades que não se ousam expressar ou mesmo pensar e, concomitantemente, traduz a repressão à diferença, uma impossibilidade do sujeito existir fora das fronteiras do que é moral e socialmente aceite. Este conformismo decorre de uma impossibilidade de estar no conflito que o diferente implica e, ao mesmo tempo, de se ser reconhecido nessa diferença, pois o ser olhado significa ser escrutinado, criticado, repudiado e, nesta medida, o exterior, consubstancia, assim, o que denominou de superego corporal. Assistimos, desta forma, a um comportamento neurótico de automonitorização para poder reprimir tudo o que não estiver de acordo com a norma. Neste contexto, a identidade é formada em função de uma ausência de subjetividade que origina uma exacerbação narcísica, ou seja, um sentimento de superioridade face aos outros, que se traduz “*numa forma de olhar a vida como um espetáculo ao qual se assiste*” (Sami-Ali, p. 25). A utilização de uma máscara socialmente aceite encobre um vazio e uma depressão caracterial que se confunde com a vida. Trata-se duma depressão paradoxal que o sujeito não permite conceber, como não permite pensar e sentir, a não ser através do soma, que se substitui ao ID. Um soma onde os conflitos são possíveis e aceites no paradigma médico em que vivemos, onde a infelicidade e a tristeza não são permitidas, mas a doença sim. Nesta medida, de acordo com Sami-Ali (2002) o imaginário, definido por oposição ao real e que engloba o sonho e seus equivalentes no estado de vigília (delírio, alucinação, fantasmas,) determina, tanto pela positiva, como pela negativa, o funcionamento psicossomático.

Alexitimia

“A alegria e a tristeza são propriedades psíquicas preciosas, tesouros pessoais” (McDougall, 2000, p. 126)

O conceito de alexitimia deriva do grego, que poderá subdividir-se etimologicamente entre *A*, prefixo de negação; *Lexis* que significa palavras e *Thymus* que se refere a emoção, coração ou afeto. Nesta

medida a alexitimia refere-se a uma ausência de palavras para descrever sentimentos e pretende explicar a transdução de fatores psicológicos em sintomas somáticos (Quartilho, 2016). Sifneos (1920-2008), de base psicanalítica, introduziu este termo em 1973 para identificar um traço de personalidade que refletia dificuldades na regulação do afeto, no reconhecimento de estados afetivos, na tradução das emoções em palavras, na nomeação dos próprios sentimentos, bem como na distinção entre estados afetivos e sensações corporais. Os sujeitos alexitímicos, à semelhança dos psicossomáticos, recorrem mais facilmente à ação como forma de expressar os seus conflitos, apresentam conteúdos discursivos concretos e intimamente associados à realidade exterior e descrevem as suas queixas com recurso a sintomas físicos (Aaron et al., 2019; Klinger-Königa et al., 2018; Quartilho, 2016; Kojima, 2012, Wise & Mann, 1994; Santos Filho, 1992a; Ribeiro da Silva, 1992). Com efeito, as pessoas com alexitimia não parecem ter a capacidade de distinguir entre sentimentos e sensações fisiológicas, inibem a expressão dos seus estados psicológicos e tendem a pensar o mundo de uma forma concreta, desprovida de fantasia e criatividade (Quartilho, 2016).

O conceito de alexitimia traduz, então, uma iliteracia emocional que envolve uma tendência para suprimir a expressão de emoções ou uma incapacidade de elaboração cognitiva do conflito emocional que implica a regulação emocional (Veríssimo, 2003).

Citando Ribeiro da Silva, 1992 (p.116), “*esta dificuldade em clarear afetos já havia sido assinalado por Freud referindo-se aos primitivos, que não sabiam discriminar entre amor e ódio e só sentiam um impacto emocional*”. Posteriormente McDougall (2000) veio referir que os sujeitos alexitímicos têm uma estrutura hermeticamente fechada, que revela a necessidade de construir uma maneira de viver que não tenha em consideração nem sentimentos, nem acontecimentos carregados de afeto, nem a realidade psíquica do próprio ou de outros indivíduos, porquanto o outro é um objeto de necessidade e não de desejo. Com efeito, Kojima (2012) refere a dificuldade destes sujeitos em manter relações próximas que permitam ter uma rede de suporte protetora que os possa apoiar em situações de stress.

Adicionalmente, verificou-se que a alexitimia estava associada a hiperexcitação do sistema nervoso simpático, hipertensão e número baixo de linfócitos, perturbação de mecanismos homeostáticos através da alteração dos sistemas nervoso autónomo, endócrino e imunitário, mas também com uma interpretação errónea de sensações somáticas, capacidade limitada em lidar com o stress e comportamentos de saúde reduzidos (fumar, menor busca de tratamento, baixa aderência à medicação). Os fatores mencionados foram descritos como potenciais mediadores em perturbações de foro psiquiátrico como a depressão, ansiedade e somatização, bem como em queixas físicas, como dor crónica, obesidade e doenças somáticas. Paralelamente, por via da forma da avaliação deste traço através da escala de alexitimia de

Toronto (TAS) é comum diferenciarem-se as três características principais associados a esta condição como a dificuldade em identificar sentimentos (DIS), a dificuldade em descrever sentimentos (DDS) e o (POS) pensamento orientado para o exterior (Klinger-Königa et al., 2018; Quartilho, 2016). Enquanto o DIS está relacionado com estados de distress mental e somático e com interpretação errónea das sensações somáticas, o DDS está associado a um comprometimento do funcionamento interpessoal e a um aumento dos conflitos sociais, sendo que o foco externo associado ao POS induz respostas pobres do ponto de vista psicológico (Klinger-Königa et al., 2018).

A alexitimia está também associada a uma alta sensibilidade à excitação somática, alta introversão social, baixa extroversão, baixa estabilidade emocional e alto Neuroticismo (Klinger-Königa et al., 2018; Kojima, 2012). Aaron et al. (2019) verificou uma correlação significativa entre alexitimia e intensidade da dor, mitigada, no entanto, pelo afeto negativo. Paralelamente, Wise e Mann (1994) verificaram que existia uma relação entre a alexitimia e alguns traços do modelo dos cinco fatores, nomeadamente neuroticismo, extroversão e conscienciosidade. No entanto, o estudo efetuado por Klinger-Königa et al. (2018) refere que, quando controlados os efeitos do afeto negativo ou do Neuroticismo, a relação da alexitimia com a saúde em geral perde capacidade preditiva, sendo que esta relação poderá em grande parte ser explicada pelo DIS, reforçando alguns estudos anteriormente efetuados. Assim, poderá inferir-se que o papel mediador entre Neuroticismo e estados de saúde em geral, que engloba depressão, ansiedade, interação social e perturbações somáticas, pode dever-se ao facto desta condição estar imbuída de uma mistura de todos os traços do modelo dos cinco fatores (Klinger-Königa et al., 2018; Luminet, Bagby, Wagner, Taylor & Parker, 1999)

Paralelamente, a atividade neuronal na alexitimia é mais ativada no nível fisiológico e expressivo-motor e menos nos domínios cognitivo-experiencial do sistema de resposta emocional. Com efeito, Kano e Fukudo (2013) verificaram que, em termos do processamento sócio afetivo, quando os alexitímicos tentam sentir os sentimentos dos outros demonstraram menor reatividade nas regiões cerebrais ligadas às emoções, revelando ativação reduzida nas zonas límbicas (córtex cingulado, ínsula anterior, amígdala) e no córtex pré-frontal, em comparação com sujeitos que não demonstraram este traço. Por outro lado, no processo de tomada de decisão, quando a avaliação da situação é guiada pela emoção, estes falham em aprender uma estratégia de decisão vantajosa, mostrando atividade reduzida no córtex pré-frontal medial, área chave para uma performance bem-sucedida nestas situações. Verifica-se, também, um aumento da atividade do núcleo caudado, área associada com escolhas impulsivas, o que pode levar a concluir que em situações de complexidade social os alexitímicos podem não ser capazes de utilizar os sentimentos para guiar apropriadamente o seu comportamento (Kano & Fukudo, 2013).

Adicionalmente os alexitímicos têm respostas de maior excitação hormonal durante a dor visceral, tendo sido reportada maior atividade na ínsula anterior, córtex cingulado e mesencéfalo e mostraram atividade ampliada nas áreas envolvidas em sensações físicas quando frente a reações emocionais primitivas, como a resposta à dor. Estes resultados indiciam que o deficiente desenvolvimento das estruturas neuronais ligadas às emoções pode levar a hipersensibilidade a sensações corporais e a comportamentos não saudáveis, um mecanismo que pode ligar a alexitimia a perturbações psicossomáticas e que revela a importância dos afetos no alívio de reações fisiológicas e na adaptação ao ambiente (Kano & Fukudo, 2013).

Quartilho (2016) considera que a alexitimia e a somatização podem ser vistos como fenómenos coocorrentes medidos de forma independente, sem associação aparente, ou que o primeiro possa, apenas, constituir um fator de risco do segundo. Acrescenta que a alexitimia pode ser vista como um código de conduta cultural e social, pois depende não apenas de traços psicológicos individuais, mas também da forma como as outras pessoas recebem e correspondem à comunicação. Nesta medida, quando se privilegiam socialmente as queixas somáticas às expressões emocionais, este comportamento passa a ser uma característica impregnada pelo comportamento social e cultural de uma época. *“A experiência de um dilema indizível confunde-se muitas vezes com a experiência das pessoas que não têm voz, numa sociedade feita de relações funcionais, em mudança permanente, que favorece a proliferação de identidades individuais em função do contexto e impede, desta forma, que a pessoa se dê a conhecer na sua totalidade. Este é um problema do nosso tempo, o tempo das pessoas globalizadas, fragmentadas, com poucas oportunidades de diálogo interpessoal, num contexto de atomização progressiva”* (Quartilho, p. 245).

Relações Precoces e Psicossomática

Teorias psicodinâmicas de relação de objeto

“A realidade psíquica de cada pessoa, deve ao longo da vida harmonizar-se com o desejo primitivo de retornar ao estado de fusão com a mãe-universo, ou seja, com o desejo de não-desejo: a afânise. A luta contra esse desejo e o luto que ela impõe são compensados pela aquisição da subjetividade. O que pressupõe que a criança pode investir libidinal e narcisicamente as feridas fundamentais e inevitáveis que são as experiências de separação e de reconhecimento das diferenças sexuais e existenciais.” (McDougall, 2000, p.43).

Toda a somatização, histórica ou não, deverá ser compreendida na relação com o outro (Sami-Ali, 2002). Por outro lado, a relação com a mãe, durante a primeira infância, determina as defesas que o adulto ativa em situações de sobrecarga afetiva, angústia ou dor mental. Neste

contexto, quando um adulto reage psicossomaticamente é possível alvitrar que estamos perante um modo de funcionamento mental arcaico que não utiliza a linguagem (McDougall, 2000).

Tanto McDougall (2000) como Sami-Ali (2002) advogam que, nos sujeitos que tendem a somatizar os conflitos, a estrutura adulta está enxertada numa outra, mais primitiva, onde tanto a imagem materna, como a paterna, se encontram clivadas. O imago paterno está ausente ou deteriorado no mundo simbólico da mãe e, por conseguinte, no da criança, observando-se uma idealização que não permite a possibilidade de identificação. De igual forma, a imagem materna é, também, introjetada como ideal e perigosa, pois esta não exerce uma função reconfortante e protetora (ou porque sente o filho como corpo estranho ou porque não consegue resignar-se a abandonar a relação fusional). Desta forma, a criança vê-se obrigada a adquirir a autonomia (andar, falar, ter hábitos de higiene) precocemente e acaba por atingir a condição de objeto total e separado demasiado cedo, o que não lhe permite desenvolver o sentimento de identidade e gera, mais tarde, sentimentos de inadaptação (McDougall, 2000).

Nestas condições, o adulto torna-se numa mãe persecutória e num pai terrível para si mesmo e tende a ir buscar nas outras pessoas, ou em substâncias aditivas, a solução do seu sofrimento e a reparação da sua ferida indizível. A fantasia fundamental é que o amor leva à morte e que só a ausência total de libido garante a sobrevivência psíquica, pelo que o indivíduo procura através de um trabalho de desafetação proteger a sua sobrevivência mental, temendo a perda das barreiras psíquicas e, inclusivamente, dos seus limites corporais, como se se tratasse de um corpo para dois. Nesta medida, a perceção de alteridade é vivida como perda e luto, que ameaça a imagem do self, pois a separação e a diferença não são vividas como aquisições psíquicas que dão sentido à vida pulsional. Estes indivíduos têm um sentido de self, uma identidade, perturbada e uma distinção entre si mesmos e os outros imprecisa o que favorece angústias psicóticas inconscientes, ainda que a estrutura de personalidade, conforme supra referido, possa ser distinta da psicótica (McDougall, 2000).

Com efeito, a ausência de uma mãe suficiente boa impede a internalização de um objeto interno vivo e pacificador, que é procurado no exterior. A dificuldade do sujeito psicossomático cuidar de si mesmo foi adquirida na infância, uma vez que a apropriação do objeto materno para se sentir tranquilo e protegido era considerado uma transgressão sujeita a castigo (Ribeiro da Silva, 1992). Sami-Ali (2002, p. 28) fala numa “*mãe presente pela ausência e ausente pela presença*” e propõe mesmo ir além e compreender uma infância que fecha, afasta, exclui e corta a comunicação com o inconsciente de uma forma que a identidade só possa existir mediada por um superego corporal com quem se identifique.

Paralelamente, Kristal (1973, cit.. in Ribeiro da Silva, 1992) refere que a incapacidade de sentir, tanto tristeza como prazer ou viver

emoções prazerosas decorre do facto de que muitas vezes os pais indicarem o que os filhos deveriam ou não sentir, deixando pouco espaço para que a sua identidade se revelasse.

De igual modo revela-se importante a capacidade que os pais têm para conter e elaborar o seu próprio sofrimento traumático, pois que quando determinados pensamentos carregados de afetos são intoleráveis para a mãe tornam-se, para o filho, pensamentos proibidos ou forcluídos, tal como partes do corpo ou funções. Nestas condições os psicossomáticos passam a utilizar mecanismos de defesa arcaicos típicos de crianças bem pequeninas, em que a parte infantil primitiva se encontra “encapsulada” no seio de uma personalidade adulta, sempre pronta a ocupar o palco psíquico quando as circunstâncias geram stress excessivo (McDougall, 2000).

Teoria da Vinculação e Psicossomática

Bowlby (1988) desenvolveu a teoria da vinculação, que deu origem às investigações de Ainsworth designadas por “*strange situation*”, a qual veicula que uma base emocional segura durante os estágios de infância precoce facilita o desenvolvimento de uma autoestima forte, uma capacidade para um funcionamento autónomo e a empatia pelos outros. De acordo com esta teoria as crianças desenvolvem um conjunto de expectativas acerca de si próprias e dos outros, designadas por modelos representacionais ou modelos internos dinâmicos (*working models*), as quais permitem, numa fase inicial, interpretar e prever o comportamento da figura de vinculação e, ao longo da vida, são utilizados como guias de comportamento e como base para interpretação de experiências relacionais, formulação de expectativas e perceções sobre si, sobre o outro e sobre o mundo (Canavarro, Dias & Lima, 2006; Collins & Read, 1990).

Main e colaboradores (1985 cit. in Bowlby, 1988), Collins e Read (1990), Bartholomew e Horowitz (1991, cit. in Canavarro et al., 2006), são algumas das referências das teorias de vinculação que identificaram quatro padrões de vinculação, um dos quais seguro e três inseguros, a saber: o estilo ansioso evitante ou desligado; o resistente ansioso, temeroso ou amedrontado; e o ansioso ambivalente, desorganizado ou preocupado. (Bowlby, 1988; Canavarro et al., 2006; Collins & Read, 1990; Quartilho, 2016). O estilo de vinculação seguro, pressupõe que a criança está confiante de que os seus pais estarão disponíveis e acessíveis, responde adequadamente em situações adversas ou aterrorizantes e sente-se segura para explorar o mundo, caracterizando adultos capazes de desenvolver relações de intimidade nas quais se sentem confortáveis. No padrão de vinculação ansioso/evitante ou desligado a criança espera ser rejeitada ao pedir ajuda e não confia que as figuras de vinculação poderão conter a sua angústia ou dar resposta às suas necessidades. Tenta, assim, ser emocionalmente autossuficiente e viver sem o amor, o carinho e o suporte dos outros. Este tipo caracteriza pessoas que aprenderam a valer-se a si próprias e a desconfiar das

intenções alheias, que evitam relações de intimidade por forma a manter a sua independência. O estilo de vinculação resistente ansioso (temeroso ou amedrontado) refere-se a crianças que se sentem inseguras quanto à capacidade da figura de vinculação para ajudar ou dar uma resposta adequada às suas necessidades fisiológicas e emocionais, com ansiedade de separação e excessivamente apegadas e ansiosas em relação à exploração do mundo. Estas acabam por tornar-se adultos cuidadosos, dubitativos, tímidos, reservados, com baixo autoconceito e desenvolvem medos de aproximação e intimidade, associados à rejeição, por não se acharem merecedores de cuidados. Ademais sentem uma intensa necessidade de contacto social em situações de mal-estar, mas são inibidos pelo medo da rejeição. Por fim o padrão ansioso/ambivalente (desorganizado ou preocupado) refere-se a crianças que apresentam comportamentos que oscilam entre os três padrões supra descritos ou formas atípicas de algum dos três, e/ou utilizam, mais frequentemente que o normal, o padrão resistente ansioso. Esta tipologia é compatível com uma inconsistência de cuidados em que as crianças foram tratadas de forma errática e imprevisível, abusadas ou negligenciadas pelos pais. Este padrão determina uma hiper vigilância nas relações de vinculação, com medo da perda, uma forte dependência emocional e um apelo ao apoio interpessoal insistente, onde a busca de atenção, aprovação e valorização dos outros é constante e, muitas vezes, sentida como insuficiente, sobretudo em situações de mal-estar (Bowlby, 1988; Canavarro et al., 2006; Collins & Read, 1990; Quartilho, 2016). Os laços íntimos de vinculação desenvolvem-se no âmbito de processos de comunicação baseados na expressão emocional, os quais tem como função proporcionar proteção, conforto e suporte, uma das principais características das relações íntimas ao longo da vida. Neste sentido, a base segura é indispensável para uma boa saúde mental e para o desenvolvimento de uma personalidade funcional, ou seja, quando um indivíduo se sente seguro é capaz de explorar os seus limites longe da figura de vinculação enquanto se estiver ansioso, cansado, ou triste, sente uma urgência de proximidade (Bowlby, 1988).

De referir, no entanto, que as relações de vinculação na idade adulta são tipicamente estabelecidas entre pares, estabelecem-se com base na reciprocidade, não colocam em causa a sobrevivência, comportam, na maioria das vezes, envolvimento sexual e têm a função de proporcionar sensações de segurança e pertença. Neste sentido, a ativação do sistema de vinculação é determinada por acontecimentos indutores de stress mais fortes que na infância (Canavarro et al., 2006).

Com efeito, as investigações que se detiveram sobre a vinculação na idade adulta permitiram concluir que, embora este sistema esteja permanentemente ativo num nível mínimo, os comportamentos de vinculação só são agidos em alturas de stress, perigo ou situações novas. Observa-se, também, um consenso generalizado quanto à estabilidade da vinculação durante a idade adulta, no entanto, esse

padrão pode não corresponder ao observado na infância, pelo que a ligação entre os modelos internos dinâmicos da infância e os da idade adulta não está completamente esclarecida e continua a ser tema de debate. Salienta-se que “*diversos dados confluem no sentido que a maior contribuição para a saúde mental do adulto é oferecida pelas relações afetivas estabelecidas na idade adulta*” (Canavarro, 1999, p. 320 cit in Canavarro et al., 2006).

Os padrões de vinculação, tenham eles origem na infância ou influenciados por experiências adquiridas na idade adulta, providenciam uma explicação sobre o modo como interações repetidas e significativas entre criança e adulto podem vir a determinar padrões duradouros de resposta ao stress, recetividade ao apoio social e vulnerabilidade à doença (Quartilho, 2016).

Influências na Psicossomática

Os esquemas de vinculação pressupõem determinados padrões de relacionamento com o próprio e com os outros que determinam a escolha de estratégias para lidar com o stress em situações desafiantes emocionalmente que poderão influenciar a homeostase e o funcionamento do sistema de nervoso central, sistema endócrino e eixo hipotálamo-hipófise-tiroide (Quartilho, 2016; Kano & Fukudo, 2013).

Stuart e Noyes (1999) verificaram, no âmbito da revisão de literatura efetuada, que os comportamentos de somatização podem ser compreendidos numa dinâmica relacional dirigida por padrões de vinculação ansiosos, associados a uma busca intensa de atenção, reforçada por respostas de rejeição reais ou percebidas de outras pessoas significativas. Estes autores reportam que pessoas com estilo de vinculação insegura ou ansiosa comportam-se de forma rígida e inflexível, são mais sensíveis a ameaças percebidas ou reais e estão constantemente a tentar chamar a atenção dos outros, sendo que numa primeira fase recebem uma resposta positiva no sentido de mitigar o seu sofrimento, mas a intensificação das queixas e da busca por cuidados e atenção leva a uma alienação do cuidador que sai da relação, o que reforça a crença de que o sujeito não recebe cuidados adequados. Paralelamente, o facto destes sujeitos exprimirem as suas necessidades de cuidado e afeto através do sofrimento físico gera interpretações ambíguas por parte dos cuidadores que, muitas vezes, se focam na doença e ignoram a necessidade não expressa da pessoa por carinho e atenção. Adicionalmente referem que os sujeitos somatizadores relatam receber menos cuidados maternos e serem objeto de mais atitudes punitivas e/ou de rejeição por parte destes, mais casos de situações adversas na infância como morte de familiares, doenças crónicas, luto familiar ou situações que impediram ou limitaram a capacidade dos pais de lhes darem afeto, bem como eventos traumáticos como abusos físicos ou sexuais, o que corrobora as teorias referidas no ponto anterior com referência a relações de objeto e vinculação. Paralelamente, também verificaram que estes sujeitos também reportam mais casos de

doenças sérias durante a infância, o que se verificou estar correlacionado com hipocondria e dor crónica (Stuart & Noyes, 1999).

Adicionalmente, Naylor et al. (2017) aponta o padrão de vinculação insegura como um fator de risco para o desenvolvimento de dor crónica, pois está associado a variáveis psicossociais que podem afetar a eclosão, manutenção e adaptação à dor, como a maior perceção de ameaças e perceções mais negativas do apoio social disponível. Estes sujeitos demonstram também ter perceção de menor autoeficácia relacionada com a dor, menor procura de ajuda, maiores índices de stress, depressão e ansiedade, aumento da tendência a catastrofizar e presença de estratégias de coping menos adaptativas (Quartilho, 2016). Este padrão culmina numa busca de cuidados de saúde mais intensa nos sujeitos somatizadores (Quartilho, 2016; Taylor et al., 2012).

Personalidade, Neuroticismo e Psicossomática

O Modelo dos cinco fatores (FFM) é a conceptualização mais consensual da organização estrutural dos traços de personalidade. As teorias dos traços de personalidade baseiam-se no pressuposto que o comportamento é determinado por traços relativamente estáveis que predispoem os indivíduos a agirem de determinada maneira. O FFM identifica cinco fatores fundamentais: a extroversão, a amabilidade, a conscienciosidade, o neuroticismo e a abertura à experiência. O fator Neuroticismo quantifica o contínuo que vai desde a adaptação à instabilidade emocional. Sujeitos bem adaptados, calmos, relaxados, resistentes, seguros, não emotivos e satisfeitos consigo, situam-se num polo e indivíduos com propensão para a descompensação ou instabilidade emocional, respostas a desafios de vida desadequadas, ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivas, no outro (Lima, Magalhães, Salgueira, Gonzalez, Costa, Costa, & Costa, 2014). São características e subcategorias de avaliação essenciais desta dimensão a ansiedade, a hostilidade, a depressão, a auto consciência (ou vergonha), a impulsividade e a vulnerabilidade (Cervone & Pervin, 2014; Lima et al., 2014).

A disposição do sujeito neurótico para o afeto negativo é estável, ou seja, sujeitos com altos níveis de Neuroticismo reportam sistematicamente níveis de afeto negativo maiores, ao longo do tempo e independentemente da situação, mesmo em condições não angustiantes. Desta forma, sujeitos com alto nível de neuroticismo têm tendência para mais facilmente ficarem zangados, angustiados e experienciarão humores, afetos e cognições negativas, como o medo, ansiedade, irritação, nervosismo, tensão, preocupação, culpa, desprezo, raiva, sentido de rejeição, autoimagem negativa, insatisfação e alguma forma de tristeza (Malyszczak et al., 2010). São, também, indivíduos que tendem a ser mais introspetivos e negativistas, centrados nos aspetos negativos de si próprios e dos outros, hípervigilantes em relação aos seus corpos (Quartilho, 2016).

Friedman (2019) evidencia que o alto neuroticismo se manifesta,

muitas vezes, de formas comprometedoras para a saúde como pouco sono, comer demais, abuso de substâncias (tabaco, álcool, drogas), comportamentos que, caso sejam prolongados e sustentados no tempo, influenciam as relações sociais e perturbam o funcionamento psiconeuroimunológico.

Com efeito, o Neuroticismo é a dimensão que mais tem sido relacionado com autoperceção de saúde ou doença, sendo que o alto neuroticismo, associado a raiva crónica e afeto negativo, tem vindo a ser mencionado como fator de risco para uma saúde pobre. Este traço de personalidade, bem como o afeto negativo, uma das características que lhe está associada, têm sido reportados como preditores de queixas somáticas, o que poderá corroborar a sua génese cognitivo-afetiva (Costa & McCrae, 1980; Rosmalena et al., 2007; Smith, 2006; Spink et al., 2018).

Costa e McCrae (1980) referem que sujeitos com alto Neuroticismo têm níveis mais altos de sintomatologia principalmente ao nível de sintomas cardiovasculares, sistema digestivo, frequência de doença e fadiga. Loerbroks e colaboradores (2015) apuraram que o Neuroticismo é o único traço relacionado, de forma estatisticamente significativa, com os incidentes de asma, mesmo quando controlado para outros efeitos, como género, idade, fumar, exercício físico ou obesidade. Por outro lado, Rosmalena et al. (2007) encontraram uma associação significante entre neuroticismo e o reporte de múltiplos sintomas somáticos, principalmente psicossomáticos, relação que é independente da associação entre estes sintomas e distress psicológico.

Este traço de personalidade está também associado a sintomas de ansiedade e de depressão, sendo que alguns estudos focam que os sintomas depressivos, mesmo subliminares, são um efeito da interação entre ne situações de vida adversas causadas por doenças somáticas. Adicionalmente, foram apurados efeitos interativos do Neuroticismo e da alexitimia na depressão, em sintomas somáticos e na doença crónica (Klinger-König et al., 2018; Malyszczak et al., 2010). Muito embora, Knight et al. (2016) tenha apurado que os sintomas depressivos medeiam substancialmente a relação entre Neuroticismo e Somatização, indicando que quase 72% desta são justificados por sintomas depressivos. Com efeito alguns estudos referem que o Neuroticismo pode ser uma consequência da somatização, ou pelo menos ser coocorrente e evidenciam a necessidade de mais investigação para aferir dos efeitos inerentes à sequência de eventos (Quartilho, 2016; Malyszczak et al., 2010, Knight et al., 2016; Rosmalena et al., 2007).

O alto neuroticismo está também positivamente relacionado com amplificação somatosensorial, uma das variáveis explicativas da somatização de acordo com Avila e Terra (2010) e tem um papel importante na severidade e frequência dos sintomas somáticos, principalmente quando associado a mecanismos de autovitimização e de auto sacrifício, tanto em sujeitos diagnosticados com doença crónica

como na população em geral (Brown & Moskowitz, 1997; Hyphantis et al., 2013; Wise & Mann, 1994).

Paralelamente, tanto o neuroticismo, quanto as queixas somáticas e a relação entre estes dois poderão ter uma base genética, ainda que influenciados por fatores genéticos e ambientais distintos (Liu et al., 2018; Vassend, Røysamb, & Nielsen, 2011).

Neste sentido, Friedman (2019) defende a importância de, para efeitos de prevenção, averiguar quais os indivíduos que tem altos níveis de neuroticismo ou baixos níveis de conscienciosidade para perceber aqueles que poderão ter maiores probabilidades de uma saúde mais pobre.

Fibromialgia, Dor Crónica e Psicossomática

“ A pessoa pode proferir que nunca conseguiu ser nada daquilo que quis ser, ou que durante toda a vida caminhou sobre cascas de ovo, ou ainda, clamar, finalmente, que a vida foi um esforço para alcançar o vento, uma vida marcada por cenários repetidos de abuso escondidos em muros de silêncio e vergonha. Mas o corpo, esse, continua a ser um terreno metafórico privilegiado, um lugar implacável onde convergem a dor e o sofrimento humanos”. (Quartilho, 2016, p. 355)

Características da fibromialgia.

A Fibromialgia (FM) foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde em 1992 (Miller, Vandome, & McBrewster, 2010) e é a terceira condição mais frequente na prática clínica da reumatologia, com prevalência no género feminino. A FM é caracterizada por sintomas de dores crónicas difusas, generalizadas, em resposta a estímulos sensoriais que em situações normais não iriam provocar dor (alodinia) e está associada a fadiga persistente, enxaquecas, intestino irritável, dor facial atípica, disfunção tempero mandibular, rigidez, transtornos do sono, cansaço generalizado, daí ser considerada uma síndrome. Verificou-se que a FM é comórbida com doenças psiquiátricas como depressão, ansiedade, desordens relacionadas com stress, nomeadamente desordem de stress pós traumático (Quartilho, 2016; Miller et al., 2010). Dada a sua complexidade, esta síndrome deu origem à criação de uma Comissão patrocinada pelo Colégio Americano de Reumatologia que definiu os seguintes critérios de diagnóstico: apresentar dores generalizadas, durante 3 ou mais meses; ter dores acima e abaixo da cintura, de ambos os lados do corpo em simultâneo com uma dor axial (coluna cervical, tórax, coluna dorsal e lombar); manifestar, simultaneamente uma dor à palpação digital em 11 de 18 zonas anatómicas pré-designadas, nos chamados *tender-points*, com uma pressão local de cerca de 4 kg (Quartilho, 2016). Esta forma de diagnóstico persiste envolta em controvérsia, por não existirem causas físicas e fisiológicas associadas à dor e pelo facto do diagnóstico por pressão estar influenciado pela crença do médico quanto à doença. Com efeito, verificou-se que eram encontrados tanto mais pontos,

quanto mais o médico que efetua o diagnóstico acredite na existência de FM (Miller et al., 2010).

Não obstante, a FM vem legitimar o reconhecimento das queixas e do sofrimento de pessoas que veem prejudicada a sua qualidade de vida e o seu bem-estar, tanto quanto às relações interpessoais e atividades de lazer, como em termos profissionais. Com efeito, é de notar uma incapacidade destas pessoas para a execução de tarefas motoras repetitivas tanto ao nível doméstico como laboral, uma diminuição da eficiência física e da concentração, dificuldades de tolerância dos horários laborais normais e de alguns fatores de stress. Nesta medida, a FM configura um quadro de enorme sofrimento que não se pode reduzir a um corolário de sintomas (Quartilho, 2016).

Fibromialgia e psicossomática.

Os fatores emocionais e de natureza psicopatológica têm sido descritos como precipitantes do aparecimento de FM. Com efeito, verifica-se uma predominância desta patologia, ou de sintomatologia de dor, em sujeitos com historial de vida traumático e ligado a abuso ou negligência durante a infância, sendo que, de igual modo, os doentes com dor crónica referem mais facilmente terem tido experiências desta natureza que sujeitos saudáveis ou sem dor crónica. Não obstante, a relação causal entre estas duas situações ainda não está devidamente comprovada. A história de vida traumática envolve, também, perdas significativas, assunção de responsabilidades familiares precocemente, o que indicia fenómenos de parentificação e violência ligada ao alcoolismo ou perturbações psiquiátricas no seio familiar (Quartilho, 2016).

Por outro lado, verifica-se que o encorajamento do papel de doente e os processos de modulação comportamental e emocional durante a infância podem determinar a forma como as pessoas reagem às sensações corporais sugestivas de doença na idade adulta. Simultaneamente e num polo oposto, a ausência de cuidados parentais em contexto de doença aumenta as dificuldades emocionais em lidar com a adversidade e a que estes sujeitos estejam mais atentos às sensações corporais na idade adulta. Adicionalmente, a convivência com doença familiar e o facto da atenção maternal privilegiar os sintomas físicos em detrimento das necessidades emocionais também são fatores que se relacionam com a somatização na idade adulta (Quartilho, 2016)

De uma forma geral, verificou-se que a ansiedade e a depressão influenciam a gravidade e o impacto de sintomas físicos, bem como os mecanismos de autocontrolo da doença, favorecendo a ampliação da perceção sintomática e a transformação de dor aguda em dor crónica. Com efeito, verificou-se que a ansiedade é o afeto mobilizado na dor aguda e a depressão na dor crónica. Paralelamente, o comportamento de dor crónica pode ser um reflexo e um símbolo de sofrimento experimentado pelo doente em outras áreas de vida, tal como a perda

de um ou mais entes queridos, situações existenciais difíceis, desajuste profissional, responsabilidades sociais pesadas, discórdia conjugal, sentimento de inadequação pessoal, etc. (Lobato, 1992).

Verificou-se que nos indivíduos propensos à dor era possível individualizar traços importantes como proeminência da culpa, história de sofrimentos frequentes, seguidos de reveses e intolerância ao sucesso, intensos impulsos agressivos não satisfeitos e aparecimento da dor diante de uma perda importante ou ameaça (Lobato, 1992; Quartilho, 2016)

No que respeita especificamente à FM verifica-se que este grupo apresenta características que reforçam a vulnerabilidade psicossocial como a perseverança híper compensatória (com elevados padrões de exigência e eficácia não obstante as suas limitações), perspetiva de vida pessimista (visão de futuro pouco esperançosa e motivadora, auto centramento nas incapacidades e experiências de dor) e insatisfação profissional, devido a perceção de controlo interno baixa e das condições de trabalho como monótonas stressantes, sedentárias e extenuantes (Naylor et al., 2017; Taylor et al., 2012; Villalpando et al., 2005).

De notar que o alto Neuroticismo, a amplificação somatosensorial, a alexitimia, a vinculação insegura foram, também, características observadas em sujeitos diagnosticados com FM, consistentes com o verificado em processos de somatização (Naylor et al., 2017; Quartilho, 2016; De Laire et al., 2012; Gil et al., 2008, Taylor et al., 2012; Villalpando et al., 2005). No entanto, Montoro e Reyes del Paso (2015) verificaram que o Neuroticismo tinha apenas um papel secundário nos sujeitos com Fibromialgia, sendo que, de acordo com a revisão bibliográfica efetuada por Naylor et al. (2017), não pode ser assumido que a personalidade, quando medida posteriormente à eclosão da doença, reflete um traço estável antes da mesma.

De Laire et al. (2012) refere que no grupo de sujeitos com FM se verificou um pensamento simbólico reduzido ou ausente, uma capacidade de fantasiar limitada e uma dificuldade em expressar sentimentos com palavras, consistente com um quadro alexitímico. No que toca aos traços acessórios acentuou-se o conformismo social, ou seja, as pessoas com FM são aparentemente bem adaptadas, mas com comportamentos muito rígidos e dependentes de convenções sociais (De Laire et al., 2012), resultados consistentes com o assinalado por McDougall (2000) e Sami-Ali (2012) com referência à somatização, cujos sintomas ligados a perturbações do sono e insónias, típicos desta síndrome, vêm também reforçar. Outras teorias de base psicodinâmica sugerem que a FM é uma perturbação cujas características resultam duma depressão apresentada sob a forma de dor, sendo que a relação entre FM e psicopatologia geral é inequívoca e descrita em vários estudos, mesmo não estabelecendo uma associação particular entre esta síndrome e alguma perturbação psiquiátrica específica (Quartilho, 2016).

Se, por um lado, a expressão somatização e sintomas medicamente não explicados, confrontam a pessoa com respostas de deslegitimação por parte de familiares e sociais, pode, também, iludir conflitos existentes no seio da família ao privilegiar aspetos relacionados com a exibição pública de sintomas, consubstanciando uma estratégia de gestão de conflitos disfuncional (Quartilho, 2016).

Adicionalmente e referenciando Quartilho (2016), numa perspetiva crítica, poderá referir-se que o diagnóstico de FM consubstancia um ato de atribuição negociado entre doentes e médicos que evita a sua psicologização e que influencia a evolução da doença, uma vez que a pessoa acaba por circunscrever as suas opções de vida à condição de doente crónico, diagnóstico que acaba por impregnar a sua identidade. *“O sofrimento permanece com o corpo como montra, no silêncio das expectativas frustradas, nos dilemas indizíveis, nos projetos pessoais não realizados, nos conflitos irresolúveis ou insanáveis. O doente exhibe o seu corpo sofrido, afinal, na expectativa de ver legitimada e reconhecida uma dor que mostra uma história que persiste em não contar”* (Quartilho, 2016, p. 353).

II - Objetivos

Aprofundar a compreensão da relação corpo-mente, nomeadamente a associação entre características de personalidade e a forma como as pessoas se relacionam com as suas emoções, com os outros e a psicossomática. Para tal, é considerada uma amostra clínica de sujeitos diagnosticados com Fibromialgia (FM) ou com outras doenças crónicas (ODC) e uma amostra equivalente (grupo de controlo) de sujeitos sem doença crónica (GC), atendendo às variáveis sociodemográficas idade, sexo, rendimento mensal e escolaridade. Especificamente, num primeiro momento, pretende-se verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre sujeitos com fibromialgia (FM), com outras doenças crónicas (ODC) e da população geral (GC), quanto às características de personalidade (Amabilidade, Conscienciosidade, Extroversão, Neuroticismo, Abertura à experiência), Alexitimia, Vinculação, bem como quanto aos indicadores gerais e específicos de psicopatologia.

Num segundo momento, e considerando os três grupos amostrais em análise, será analisado o poder preditivo das características de Personalidade, da Alexitimia, da Vinculação e dos Estilos de Vinculação na Somatização, quando avaliada pelo indicador que remete para a sintomatologia há mais de dois anos (R-SOMS-2), mas também pelo indicador que avalia a somatização num espaço de uma semana anterior ao preenchimento (BSI).

Questões de Pesquisa

Hipótese 1: Os sujeitos diagnosticados com fibromialgia (FM), quando comparados com o grupo de controlo de sujeitos sem qualquer doença crónica (GC) e com o grupo de sujeitos com doenças crónicas

várias (ODC) apresentam diferenças significativas quanto às variáveis Personalidade, Alexitimia, Vinculação, Somatização e Psicopatologia.

Hipótese 2: O Neuroticismo e a Alexitimia são preditores significativos de Somatização, quando considerados os sujeitos diagnosticados com Fibromialgia, comparativamente com os outros dois grupos amostrais.

Hipótese 2: Os sujeitos com Fibromialgia apresentam estilos de vinculação mais inseguros que os sujeitos sem doença crónica e este é um preditor significativo de Somatização quando considerados os sujeitos diagnosticados com Fibromialgia, comparativamente com os outros dois grupos amostrais.

Hipótese 4: Os sintomas psicopatológicos poderão predizer a Somatização.

III - Metodologia

Amostra

A amostra, de conveniência, foi obtida através das redes sociais, nomeadamente *Facebook*, e é constituída por 264 pessoas que se propuseram voluntariamente a participar. Especificamente, os sujeitos estudados dividem-se em três grupos de interesse: (i) o grupo com diagnóstico de Fibromialgia há pelo menos três meses (FM; n=56); (ii) o grupo com diagnóstico de outro tipo de doença crónica (ODC; n=53); e (iii) o grupo de pessoas sem qualquer diagnóstico de doença crónica (GC; n=155).

Caraterização da amostra

No Anexo I é apresentada a estatística descritiva relativa à caraterização da amostra em estudo. O grupo de controlo (GC) é constituído por 155 sujeitos (dos quais 146 do sexo feminino), sendo os grupos clínicos em análise constituídos por 56 sujeitos com diagnóstico de Fibromialgia (FM; todos do sexo feminino) e 53 com outras doenças crónicas (ODC; 46 do sexo feminino). Relativamente a este último grupo, no Anexo I é também apresentado o descritivo das doenças crónicas reportadas pelos sujeitos deste grupo e sua representatividade no grupo em análise.

No GC, os sujeitos têm em média 41.40 anos (DP=10.800), no grupo com Fibromialgia 45.05 anos (DP=8.245) e no grupo com outras doenças crónicas 41.77 anos (DP=11.727). Cerca de 98% dos sujeitos falam português como língua materna. No que diz respeito à escolaridade, a maioria dos sujeitos que integram a amostra, nos três grupos em estudo, possuem ensino secundário ou ensino superior, sendo que 34 sujeitos são estudantes (23 no GC e 11 no grupo com ODC). Quanto às habilitações literárias verifica-se uma maior disparidade entre o grupo de sujeitos com FM e o GC e ODC, sendo que no primeiro grupo apenas 51 % dos sujeitos são licenciados enquanto nos restantes mais de 84% dos sujeitos têm o ensino superior. No que

toca ao rendimento todos os grupos ganham em média entre os 650€ e os 1.500€. No GC, 43.87% são solteiros, 40.65% são casados ou em união de facto, 14.19% separados ou divorciados e apenas 1.29% viúvos. Dos sujeitos com FM, 80.36% são casados ou em união de facto, 5.36% são solteiros e 14.29% são divorciados ou separados. Os sujeitos com ODC têm uma distribuição em termos de estado civil bastante semelhante ao grupo controlo (41.51% solteiros; 43.40% casado/união facto; 13.21% divorciado/separado; 1.89% viúvo). Quanto às habilitações literárias da mãe e do pai verifica-se que os pais dos sujeitos com FM têm na sua maioria apenas o 1.º ciclo, enquanto apenas cerca de 35% dos pais dos sujeitos do GC e ODC se situam neste escalão. Por outro lado, apenas 10% dos pais dos sujeitos com FM frequentaram o ensino superior ou mais, sendo que nos outros dois grupos amostrais esta percentagem salta para o dobro, com cerca de 20% em ambos (vide Anexo I).

Instrumentos

O protocolo elaborado para efeitos do presente estudo consta de sete secções (Anexo V): a primeira constituída por um consentimento informado, a segunda por um questionário (sociodemográfico e clínico) e as remanescentes incluem os instrumentos de avaliação (R-SOMS-2, TAS-20, EVA, BSI, NEO-FFI), descritos de seguida.

Questionário

Desenvolvido para o presente estudo, constituído por questões de natureza sociodemográfica relativas à idade, rendimento mensal, escolaridade, bem como questões acerca de dados clínicos relativamente a doenças crónicas (incluindo especificamente a Fibromialgia), medicação e acompanhamento psicoterapêutico.

Inventário reduzido de Sintomas Somáticos (R-SOMS- 2)

O R-SOMS-2 é um inventário de autorresposta, com 29 itens, versão reduzida do SOMS-2 (*Screening for Somatoform Symptoms-2*), adaptado e validado para a população portuguesa, no âmbito dos cuidados primários de saúde, por Fabião (2010). O R-SOMS-2 é um instrumento de rastreio da Somatização e das perturbações somatoformes, avaliando 29 sintomas medicamente inexplicados, incluídos nas classificações diagnósticas DSM-IV e CID-10. Os sintomas têm como referência os dois últimos anos, requerendo que uma resposta afirmativa seja dada pelo participante apenas quando as queixas apresentadas tenham sido qualificadas como não devidas a doença orgânica e tenham afetado as suas catividades diárias e o seu bem-estar (Fabião, 2010). Os inventários de sintomas somatoformes têm a vantagem de inquirir sobre uma tipologia variada de sintomatologia, independentemente do sistema, sendo que o número de sintomas encontrado tem sido descrito como um bom preditor de Somatização. Os estudos de validação para a população portuguesa

identificaram, como ponto de corte, uma pontuação de quatro sintomas, que apresentou uma alta especificidade e uma boa sensibilidade, especialmente quando coexistiam perturbações de ansiedade e/ou depressivas nos termos do DSM-IV. A consistência interna avaliada pelo α de Cronbach foi de .83 (Fabião, 2010).

Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI)

O BSI é um inventário de autorresposta, numa escala de tipo likert (de “0-nunca” a “4-muitíssimas vezes”), sendo uma versão abreviada do SCL-90-R, adaptado e validado para a população portuguesa por Canavarro (1999 cit. in Canavarro, 2007). Inclui 53 itens e avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo) e três índices globais (índice geral de sintomas [IGS], índice de sintomas positivos [ISP] e total de sintomas positivos [TSP]). Pode ser administrado de forma individual ou coletiva, a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral (Canavarro, 2007). O apuramento das pontuações para as nove dimensões referidas obtém-se somando os valores pertencentes a cada dimensão e dividindo pelo número de itens que a incluem. O IGS obtém-se somando as pontuações de todos os itens e dividindo pelo número total de respostas. O TSP obtém-se contando o número de itens com respostas positivas e o ISP calcula-se dividindo o somatório de todos os itens pelo TSP (Canavarro, 2007). Esta escala apresenta bons níveis de fiabilidade e generalização, sendo que a consistência interna entre as subescalas se situa entre .62 e .80 (α de Cronbach). A autora considera, como ponto de corte para o ISP, na população portuguesa, o valor igual ou superior a 1.7 que indica gravidade da sintomatologia psicopatológica e relevância clínica da mesma (Canavarro, 2007). Especificamente, no que se refere à Somatização, os itens do BSI nesta dimensão avaliam sintomas físicos, sem distinção entre medicamente explicados ou não. A consistência interna reportada para esta dimensão varia entre .71 e .85 e o teste reteste (duas semanas) entre .68 e .91 (Fabião, 2010).

Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20)

A TAS-20, baseada na *The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale* (Bagby, Parker, & Taylor, 1994 cit. in Praceres, Parker & Taylor, 2000), foi adaptada e validada para a população portuguesa por Praceres et al. (2000) e Verissimo (2001). Trata-se de um instrumento de autorresposta composto por 20 itens, numa escala de tipo likert de cinco pontos (de “1-discordo totalmente” e “5-concordo totalmente”), que faculta uma pontuação global em alexitimia, bem como pontuações para cada um dos três fatores que se referem aos componentes do constructo, nomeadamente: dificuldade em identificar sentimentos

(DIS); dificuldade em descrever sentimentos (DDS); pensamento orientado para o exterior (POS). Os itens 4, 5, 10, 18 e 19 são cotados em sentido inverso. A pontuação global resulta da soma de todos os itens com resultados que podem variar entre 20 e 100 pontos, permitindo categorizar os sujeitos como não alexitímicos (TAS global ≤ 51), zona limite (TAS global entre ≥ 52 e ≤ 60) e alexitímicos (TAS global ≥ 61). Os pontos de corte para cada fator tiveram por base os respetivos valores médios (Verissimo, 2001). A TAS-20 apresenta adequada validade e precisão no estudo das dificuldades cognitivas e afetivas da alexitimia e tem por objetivo avaliar a capacidade do indivíduo para experienciar, atribuir um significado e diferenciar as emoções (Praceres et al., 2000; Verissimo, 2001). A validação desta escala numa amostra heterogénea demonstrou níveis adequados de consistência interna com um α de *Cronbach* para a escala total de .79 e excelente precisão teste-reteste (Praceres et al., 2000).

Escala de vinculação do adulto (EVA)

A EVA (Canavarro et al., 2006) resulta da adaptação para o português da *Adult Attachment Scale* (AAS-R) de Collins e Read (1990). Na versão portuguesa, a escala mantém os 18 itens de autorresposta, onde é pedido ao sujeito que indique o grau em que cada uma das afirmações apresentadas descreve a forma como geralmente se sente face às suas relações afetivas, de acordo com uma escala de cinco pontos, tipo likert (entre “1 - nada característico em mim” e “5 - extremamente característico em mim”). Deverão ser invertidos os itens 2, 7, 8, 13, 16, 17 e 18. Estes itens distribuem-se por três fatores, nomeadamente: (i) Ansiedade (receio de ser abandonado ou de não ser aceite pelos outros); (ii) Conforto com a proximidade (conforto com a proximidade e intimidade); e (iii) Segurança ou Confiança nos outros (confiança nos outros e em que estes estejam disponíveis quando necessário) (Canavarro et al., 2006). A partir do valor compósito das dimensões confiança nos outros e conforto com proximidade, foi criado um novo fator, denominado conforto-confiança. Tendo por base a combinação entre as pontuações deste novo fator conforto-confiança e do fator ansiedade apuraram-se os quatro esquemas de vinculação interna, especificamente: (i) estilo seguro (valores superiores ao valor médio 3 no fator conforto-confiança e valores inferiores a três no fator ansiedade); (ii) estilo preocupado (pontuações superiores a três nos dois fatores); (iii) estilo evitante- desligado (valores médios inferiores a três nos dois fatores); e (iv) estilo evitante-amedrontado (valores inferiores a três no fator conforto-confiança e valores superiores a três na ansiedade) (Canavarro et al., 2006). Nos estudos psicométricos, o EVA revelou boa fiabilidade e adequada consistência interna (com valores de α de *Cronbach* entre .69 e .75), assim como boa estabilidade temporal (Canavarro et al., 2006; Collins & Read, 1990).

Inventário dos cinco fatores NEO-FFI

O NEO-FFI resulta da adaptação e validação para português do *NEO-Five Factor Inventory* elaborado por Costa e McCrae, (1989 cit. in Lima et al., 2014), efetuada por Lima e Simões (1997 cit. in Lima et al., 2014). O NEO-FFI é composto por 60 itens divididos em cinco fatores, a saber: (i) Neuroticismo; (ii) Extroversão; (iii) Amabilidade; (iv) Abertura à experiência; e (v) Conscienciosidade, com 12 itens cada. Este inventário reflete a universalidade das dimensões básicas da personalidade podendo ser usada como uma versão fiável do NEO-PI-R que constitui a primeira operacionalização do *Five Factor Model*. Para cada afirmação apresentada, os sujeitos têm que responder utilizando uma escala tipo likert de 5 pontos (desde “0-Discordo Fortemente” e “4-Concordo Fortemente”). A versão portuguesa do NEO-FFI revelou uma boa consistência interna, com valores de α de Cronbach para os cinco domínios que variam entre .71 e .81 (Lima et al., 2014).

Procedimentos de investigação

Este estudo será de conveniência, correlacional e retrospectivo na medida em que apenas consiste na observação das variáveis relevantes numa coorte de sujeitos com diagnóstico de Fibromialgia, cujos dados foram recolhidos num único momento com referência a situações ocorridas no passado (Marôco, 2014). De notar que o grupo de pessoas com outras doenças crónicas (ODC) inclui não apenas sujeitos que responderam afirmativamente à questão da existência de doenças crónicas (cf. Anexo V), mas, de igual modo, os sujeitos que indicaram ter Fibromialgia, mas sem diagnóstico médico formalizado. O protocolo elaborado para o presente estudo continha um consentimento informado que remeteu para a confidencialidade dos dados e para a participação voluntária dos sujeitos.

Análise estatística

A análise estatística dos dados foi feita com recurso ao *software IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 22.0, para Windows. Num primeiro momento, foram calculadas as estatísticas descritivas com medidas resumo adequadas para as variáveis em análise (médias, desvios-padrão, amplitudes, frequências). Na caracterização da amostra, foi também efetuada a estatística descritiva, com cálculo das médias e desvios-padrão, frequências, mínimos e máximos.

De acordo com o teorema do limite central, uma vez que cada grupo tem mais de 50 sujeitos, podemos pressupor a normalidade da distribuição das médias das variáveis nos grupos amostrais (Marôco, 2014) e encontrando-se de igual forma assegurada a independência amostral, atenta a forma como esta foi recolhida. Neste sentido, foi utilizada a one-way ANOVA, seguida do teste Post Hoc de Tukey, para avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre

os três grupos nas variáveis de interesse, bem como a respetiva homogeneidade das variáveis. Para as variáveis que não manifestaram homogeneidade (Anexo II), foi utilizada a alternativa do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, com comparação múltipla das médias das ordens recorrendo ao teste LSD (ou Diferenças Mínimas Significativas) de Fisher (Marôco, 2014). Para a variável “presença de Somatização” (sim/não) foi executado o teste de Qui-Quadrado de independência, pela técnica de simulação de Monte Carlo, procedimento seguido também para as variáveis referentes aos estilos de vinculação (Marôco, 2014).

A variável dependente foi operacionalizada através do total de sintomas apurados no R-SOMS-2, uma vez que a variável “existência de Somatização (s/n)” não apresentava valores categoriais no grupo com Fibromialgia, bem como através da dimensão Somatização do BSI. Para averiguar as relações significativas entre variáveis foram inicialmente consideradas as análises de correlação bivariada, através do cálculo do Coeficiente de correlação r de Pearson, entre as variáveis independentes e a variável dependente Somatização (medida pelo total de sintomas da R-SOMS-2 e pelo BSI). Posteriormente, foram efetuadas regressões hierárquicas múltiplas, método *enter* (Marôco, 2014), para averiguar a força do efeito preditor das características de personalidade, Alexitimia e Vinculação (variáveis independentes, nomeadamente as que revelaram coeficientes de correlação estatisticamente significativos com os respetivos indicadores de Somatização) na Somatização (variável dependente) medida pelo total de sintomas da R-SOMS-2 e pela dimensão Somatização do BSI. O mesmo procedimento estatístico foi também utilizado para analisar a contribuição da sintomatologia psicopatológica (avaliada pelo BSI) para a somatização. Em ambos os procedimentos, foram utilizadas as respetivas correções de Bonferroni para controlar o número de variáveis incluídas no modelo.

IV – Resultados

Análise comparativa nos três grupos em estudo

Somatização

No que se refere à Somatização (Tabela 1), verificamos que os sujeitos com FM reportam mais de quatro sintomas na R-SOMS-2 ($M=18.61$; $DP=6.113$), superior ao ponto de corte considerado nos estudos de validação da escala como indicador da presença de Somatização com evidência clínica (1.7 cfr. Canavarro, 2007). Na dimensão Somatização do BSI, os sujeitos com FM obtiveram também resultados médios superiores ($M=1.89$; $DP=0.949$) aos parâmetros considerados para o grupo com perturbação emocional (nos estudos de validação para a população portuguesa cfr. Canavarro, 2007), enfatizando a relevância clínica deste tipo de sintomatologia neste grupo em particular.

Tendo em conta os resultados da R-SOMS-2, observa-se que 84.9% dos sujeitos com ODC (M=9.47; DP=5.723) e 60.6% dos sujeitos da população geral (GC; M=6.26; DP=5.813) revelam ser somatizadores. No entanto, quando se compara a presença de Somatização com significado clínico entre os três grupos, observa-se que existe uma diferença com significado estatístico ($\chi^2_{(2)} = 37.191$; $p < .001$). De facto, quando se comparam as médias das pontuações obtidas, esta significância estatística é evidente ($F_{2,261} = 91.351$; $p < .001$). Nas análises *post hoc*, observam-se pontuações superiores no que respeita à Somatização nos sujeitos com FM, comparativamente ao grupo com ODC ($p < .001$) e ao GC ($p < .001$). O grupo com ODC demonstra também pontuações médias significativamente superiores ao GC ($p < .05$).

Quanto à dimensão Somatização avaliada pelo BSI, esta tendência mantém-se, sendo evidente a diferença estatisticamente significativa nas pontuações médias obtidas nos três grupos ($K^2_{KW(2)} = 81.018$; $p < .001$). Nas análises *post hoc*, observa-se a mesma tendência de resultados: ou seja, pontuações superiores nos sujeitos com FM (M=1.89; DP=0.949), comparativamente ao grupo com ODC (M=0.77; DP=0.763) ($p < .001$) e ao GC (M=0.49; DP=0.627) ($p < .001$). O grupo com ODC demonstra também pontuações médias significativamente superiores ao GC ($p < .05$).

Tabela 1.

Somatização (R-SOMS-2 e BSI): Análise comparativa nos grupos em estudo

		FBM N=56	ODC N=53	GC N=155		
R-SOMS-2						
Presença de Somatização	Sim (%)	56 (100%)	45 (84.9%)	94 (60.6%)	$\chi^2_{(2)}$ = 37.191*	
	Não (%)	0 (0%)	8 (15.1%)	61 (39.4%)		
Total de sintomas	M (DP)	18.61 (6.113)	9.47 (5.723)	6.26 (5.813)	$F_{2,261}$ = 91.351*	FM > GC* FM > ODC* ODC > GC**
	Min-Max	4 – 28	0 – 24	0 – 28		
BSI						
Somatização	M (DP)	1.89 (0.949)	0.77 (0.763)	0.49 (0.627)	$K^2_{KW(2)}$ = 81.018*	FM > GC* FM > ODC* ODC > GC**
	Min-Max	0.14 – 3.71	0.00 – 3.57	0.00 – 3.43		

* $p < .001$; ** $p < .01$

Personalidade, alexitimia, vinculação, sintomas psicopatológicos

No Anexo III são apresentadas as estatísticas descritivas dos resultados obtidos nas escalas NEO-FFI, TAS-20, EVA e BSI para os três grupos em análise, bem como a análise comparativa dos mesmos.

Características de personalidade

No caso do NEO-FFI, podemos verificar que o grupo com FM apresenta níveis médios de Amabilidade (M=31.80; DP=5.934), Conscienciosidade (M=32.32; DP=6.319) e Extroversão (M=25.30;

$Dp=7.945$) ligeiramente abaixo dos parâmetros considerados para a população Portuguesa. Por sua vez, as dimensões Neuroticismo ($M=30.32$; $DP=7.231$) e Abertura à experiência ($M=29.12$; $DP=6.185$) estão acima da média para a população geral. Quando se comparam as pontuações obtidas nos três grupos, apenas na Conscienciosidade não são observadas diferenças com significado estatístico ($p>.05$). Na dimensão Neuroticismo, observam-se diferenças com significado estatístico ($K^2_{KW(2)}=24.625$; $p<.001$), sendo as pontuações mais elevadas observadas no grupo com FM em comparação com ODC ($M=25.60$; $DP=8.520$; $p<.001$) e com o GC ($M=23.60$; $DP=9.138$; $p<.01$). De um modo geral, nos restantes domínios são também observadas diferenças com significado estatístico: Amabilidade ($F_{2,261}=6.281$; $p<.001$), Extroversão ($F_{2,261}=6.331$; $p<.001$) e Abertura à experiência ($F_{2,261}=12.063$; $p<.05$). Nas análises post hoc, o perfil obtido é o mesmo para estas dimensões, ou seja, o grupo com FM apresenta valores inferiores ao grupo com ODC ($p<.001$) e ao GC ($p<.05$).

Alexitimia

No que se refere à Alexitimia, os resultados da TAS-20 demonstram também diferenças com significado estatístico entre os grupos no indicador global ($F_{2,261}=23.836$; $p<.001$) e nas dimensões específicas de alexitimia DIS ($F_{2,261}=21.572$; $p<.001$), DDS ($K^2_{KW(2)}=26.250$; $p<.001$) e POS ($F_{2,261}=10.182$; $p<.001$). Os sujeitos com FM apresentam valores significativamente superiores aos restantes grupos (GC: $p<.001$ em todos os indicadores; ODC: $p<.001$ em todos os indicadores, com exceção da POS onde $p<.05$) no que diz respeito às pontuações médias obtidas no indicador global de Alexitimia ($M=60.25$; $DP=13.557$) e nas dimensões específicas DIS ($M=23.91$; $DP=7.647$), DDS ($M=15.98$; $DP=4.567$) e POS ($M=20.35$; $DP=4.673$). Os sujeitos com ODC não diferem de modo significativo do GC quanto às pontuações médias obtidas nos indicadores geral e específicos de Alexitimia ($p>.05$).

Vinculação

As pontuações médias obtidas no EVA demonstram diferenças com significado estatístico entre os três grupos nas dimensões Conforto com proximidade ($F_{2,261}=6.41$; $p<.05$), Confiança nos outros ($F_{2,261}=10.32$; $p<.001$) e Conforto-confiança ($F_{2,261}=11.18$; $p<.001$). Especificamente, observam-se pontuações inferiores em termos de vinculação no grupo de sujeitos com FM, comparativamente ao GC nestas dimensões ($p<.001$, com exceção de $p<.01$ no Conforto com proximidade). De igual modo, os sujeitos com FM têm também pontuações médias significativamente inferiores ao grupo de sujeitos com ODC na dimensão Conforto-confiança ($p<.05$). Quando se atende aos estilos de vinculação, cerca de 66 % dos sujeitos do GC e 60% com ODC apresentam vinculações seguras, sendo que apenas 37.5% dos

sujeitos com FM se enquadram neste esquema de vinculação, diferença esta que se revela com significado estatístico ($\chi^2_{(2)}=13.673$; $p<.001$). A maioria dos sujeitos com FM apresentam vinculações inseguras (30% com padrão Amedrontado, 21% com padrão Desligado e 9% com padrão Preocupado), embora só se observem diferenças com significado estatístico entre os três grupos nos estilos de vinculação Desligado ($\chi^2_{(2)}=7.651$; $p<.05$) e Amedrontado ($\chi^2_{(2)}=11.913$; $p<.001$).

Sintomas psicopatológicos

Quanto às características psicopatológicas, conforme as dimensões do BSI podemos verificar que, no ISP, tanto os sujeitos com FM ($M=2.24$; $DP=0.683$) como os sujeitos com ODC ($M=1.76$; $DP=0.549$) têm valores superiores a 1.7, ponto de corte considerado para existência de perturbação emocional com significado clínico (Canavarro, 2007). Neste índice global ($K^2_{KW(2)}=39.755$; $p<.001$) e nos demais dois IGS ($F_{2,261}=40.192$; $p<.001$) e TSP ($K^2_{KW(2)}=48.441$; $p<.001$), as pontuações médias obtidas nos três grupos diferem significativamente. Nas análises *post hoc*, observam-se níveis superiores de sintomatologia nos sujeitos com FM por comparação aos sujeitos com ODC e do GC nos três índices globais ($p<.001$), sendo também observada superioridade dos sujeitos com ODC por comparação ao GC ($p<.05$) para o Total de Sintomas Positivos.

No que se refere às restantes dimensões do BSI, além da Somatização, aferimos que os sujeitos com FM revelaram valores particularmente elevados, considerando os parâmetros normativos para a população portuguesa, nas dimensões Obsessões-compulsões, Sensibilidade interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade fóbica e Ideação paranoide, revelando um quadro psicopatológico diversificado. Tal como observado nos índices globais, foram encontradas diferenças com significado estatístico em todas as dimensões do BSI entre os três grupos em análise ($p<.001$). Nas análises *post hoc*, o grupo de sujeitos com FM apresentam pontuações significativamente superiores ao GC em todas as dimensões ($p<.001$), bem como quando comparados com grupo ODC ($p<.05$ na Ideação paranoide; $p<.01$ na Sensibilidade interpessoal, Hostilidade, Ansiedade fóbica e Psicoticismo; $p<.001$ nas restantes dimensões). O grupo de sujeitos com ODC apresenta pontuações superiores ao GC nas dimensões Somatização, Ansiedade, Ideação paranoide ($p<.05$).

Associação entre características de personalidade, alexitimia, vinculação e sintomas psicopatológicos para a Somatização

No Anexo IV são apresentados os coeficientes de correlação entre as variáveis independentes em estudo (características de personalidade, alexitimia, vinculação, sintomas psicopatológicos) e a variável dependente Somatização (tal como avaliada pelo R-SOMS-2 e pelo BSI). Pretende-se averiguar quais as variáveis que revelam associação com significado estatístico à Somatização e, como tal, a serem incluídas

posteriormente nos modelos de regressão.

Características de personalidade

No que diz respeito às características de personalidade avaliadas pelo NEO-FFI, para o grupo com FM são observadas associações positivas e com significado estatístico entre o Neuroticismo e a Somatização avaliada pelo R-SOMS-2 (.492; $p < .01$) e pelo BSI (.463; $p < .01$). As pontuações nas dimensões Amabilidade (-.302; $p < .05$) e Extroversão (-.371; $p < .01$) estão correlacionadas negativa e significativamente com a Somatização do BSI. No grupo com ODC observa-se, de igual modo, correlações positivas e significativas do Neuroticismo com a Somatização (.382 no R-SOMS-2; .452 no BSI; em ambos $p < .01$). Neste grupo, verificam-se também coeficientes de correlação negativos e significativos entre a Conscienciosidade e a Somatização no R-SOMS-2 (-.372; $p < .01$) e entre a Amabilidade e a Somatização do BSI (-.273; $p < .01$). No GC é também observada associação do Neuroticismo com a Somatização (.468 no R-SOMS-2; .533 no BSI; em ambos $p < .01$). Neste grupo também se observam associações significativas, mas negativas, entre a Amabilidade e a Somatização do R-SOMS-2 (-.250; $p < .01$) e do BSI (-.317; $p < .01$), bem como entre a Conscienciosidade e a Somatização do BSI (-.177; $p < .01$).

Alexitimia

No grupo com FM, não se observa qualquer associação dos indicadores de Alexitimia e a Somatização, seja ela medida pelo R-SOMS-2 ou pelo BSI ($p > .05$). No grupo de sujeitos com ODC, observam-se associações positivas e significativas do índice total de alexitimia com as pontuações na Somatização medida pelo BSI (.431; $p < .01$). Neste mesmo grupo são também obtidos coeficientes de correlação positivos e estatisticamente significativos entre o indicador DIS e a Somatização no R-SOMS-2 (.352; $p < .01$) e no BSI (.502; $p < .01$), mas também entre DDS e Somatização no BSI (.429; $p < .01$). Na população geral (GC), o indicador global de Alexitimia correlaciona-se positiva e significativamente com a Somatização no R-SOMS-2 (.347; $p < .01$) e no BSI (.459; $p < .01$). A pontuação no domínio DIS associou-se positiva e significativamente à pontuação da Somatização no R-SOMS-2 (.404; $p < .01$) e no BSI (.510; $p < .01$), sendo que os restantes domínios, DDS (.381; $p < .01$) e POS (.190; $p < .05$), associaram-se de forma fraca ao valor da Somatização no BSI.

Vinculação

No grupo com FM, observam-se associações negativas e estatisticamente significativas entre a dimensão Conforto com proximidade dos estilos de vinculação e as pontuações na Somatização do R-SOM-2 (-.312; $p < .05$) e do BSI (-.344; $p < .01$). De igual modo, observa-se também uma associação negativa e significativa entre a dimensão Conforto-confiança com a Somatização avaliada no BSI

(-.288; $p < .05$). No grupo com ODC o perfil de associações obtido é diferente. Especificamente, observam-se associações positivas e com significado estatístico entre a dimensão Ansiedade e os indicadores de Somatização no R-SOMS-2 (.363; $p < .01$) e no BSI (.417; $p < .01$). A pontuação na Somatização do R-SOMS-2 associa-se negativa e significativamente com os indicadores de vinculação “Confiança nos outros” (-.284; $p < .05$) e Conforto-confiança (-.322; $p < .05$). Já o indicador Somatização do BSI associa-se negativamente a todos os indicadores de vinculação, Conforto com proximidade (-.271; $p < .05$), Confiança nos outros (-.333; $p < .05$), Conforto-confiança (-.361; $p < .01$). Por fim, no GC, observam-se associações com significado estatístico entre todos os indicadores de vinculação e as medidas de Somatização do R-SOMS-2 e do BSI, positivas na dimensão ansiedade e negativas nas restantes dimensões de vinculação examinadas no instrumento utilizado.

Sintomas psicopatológicos

Observam-se associações positivas e com significado estatístico (todas com $p < .01$) entre os indicadores globais e dimensões específicas do BSI e as pontuações na Somatização do R-SOMS-2 e do BSI. De um modo geral, nos indicadores globais, as associações com coeficientes de correlação mais elevados são observadas no IGS, no grupo com FM (.556; $p < .01$ com indicador do R-SOMS-2; .772; $p < .01$ com Somatização do BSI), com ODC (.660; $p < .01$ no R-SOMS-2; .871; $p < .01$ no BSI) ou no GC (.614; $p < .01$ no R-SOMS-2; .854; $p < .01$ no BSI). Quanto às dimensões específicas do BSI, observam-se perfis de associação distintos, particularmente no grupo com ODC. Especificamente, no grupo com FM, os coeficientes de correlação mais fortes surgem com as pontuações na Ansiedade (.543; $p < .01$ considerando Somatização no R-SOMS-2; .733; $p < .01$ no BSI). No grupo com ODC, observa-se associações mais elevadas entre a Somatização e a dimensão Ansiedade fóbica (.623; $p < .01$ no indicador do R-SOMS-2; .795; $p < .01$ no BSI). Finalmente, na população geral (GC), as associações mais elevadas observam-se com a dimensão Ansiedade (.571; $p < .01$ no R-SOMS-2; .821; $p < .01$ no BSI), tal como observado no grupo com FM.

Poder preditivo das características de personalidade, alexitimia e vinculação para a Somatização

Atendendo às análises efetuadas previamente no que aos coeficientes de correlação diz respeito procurou-se perceber o poder preditivo das variáveis que se revelaram associadas de modo significativo à Somatização, para ambos os indicadores de Somatização (no R-SOMS-2 e no BSI), considerando os três grupos em estudo.

Fibromialgia (FM)

Nas Tabelas 2 e 3 são apresentados os modelos de regressão linear

múltipla, respetivamente, para os indicadores de Somatização no R-SOMS-2 e no BSI. Verifica-se que apenas o Neuroticismo se apresenta como um preditor significativo da Somatização avaliada pelo R-SOMS-2 (Tabela 2). Este modelo explica 21,6% da variabilidade total da Somatização e tem significância estatística ($F_{2,52}=8.568$; $p=.001$). No entanto, quando se considera o indicador Somatização do BSI (Tabela 3), o modelo, apesar de significativo ($F_{5,50}=3.498$; $p=.009$), não indica nenhum preditor com significado estatístico (considerando correção de Bonferroni aplicada).

Tabela 2.

Somatização (R-SOMS-2): Regressão linear múltipla (método enter) para grupo com FM

		β	t	p	R	R ²	ΔR^2	ANOVA
NEO-FFI	Neuroticismo	.463	3.211	.002	.563	.317	.216	$F_{2,52} = 8.568$; $p=.001$
EVA	Conforto c/ proximidade	-.053	-.368	.714				

Correção Bonferroni: $.05/2=.025$

Tabela 3.

Somatização (BSI): Regressão linear múltipla (método enter) para grupo com FM

		β	t	p	R	R ²	ΔR^2	ANOVA
NEO-FFI	Amabilidade	-.028	-.188	.852	.555	.308	.185	$F_{5,50} = 3.498$; $p=.009$
	Extroversão	-.176	-.960	.342				
	Neuroticismo	.413	2.461	.017				
EVA	Conforto c/ proximidade	-.234	-.882	.382				
	Conforto e segurança	.301	1.164	.250				

Correção Bonferroni: $.05/5=.01$

Grupo com outras doenças crónicas (ODC)

Nas Tabelas 4 e 5 são apresentados os modelos de regressão linear múltipla, respetivamente, para os indicadores de Somatização no R-SOMS-2 e no BSI. Observa-se que, independentemente do indicador de Somatização utilizado (R-SOMS-2 ou BSI), e apesar dos modelos revelarem significância estatística ($p<.05$), não se obteve nenhum preditor significativo de Somatização para o grupo de sujeitos com ODC.

Tabela 4.

Somatização (R-SOMS-2): Regressão linear múltipla (método enter) para grupo com ODC

		β	t	p	R	R ²	ΔR^2	ANOVA
NEO-FFI	Conscienciosidade	-.232	-1.578	.121				
	Neuroticismo	.065	.322	.749				
TAS-20	DIS	.187	1.254	.216	.491	.241	.154	$F_{6,46} =$ 2.578 ; $p=.031$
EVA	Confiança nos outros	-.115	-.514	.617				
	Ansiedade	.096	.514	.610				
	Conforto e segurança	-.024	-.097	.923				

Correção Bonferroni: $.05/6=.008$

Tabela 5.

Somatização (BSI): Regressão linear múltipla (método enter) para grupo com ODC

		β	t	p	R	R ²	ΔR^2	ANOVA
NEO-FFI	Amabilidade	-.109	-.754	.455				
	Neuroticismo	.167	.915	.365				
TAS-20	DIS	.318	1.382	.174				
	DDS	.144	.520	.606				
	Total	-.080	-.249	.805	.592	.351	.231	F _{8,44} = 2.954; p=.010
EVA	Conforto c/ proximidade	-.166	-.759	.542				
	Confiança nos outros	.045	.243	.809				
	Ansiedade	.048	.194	.847				
	Conforto e segurança ^a	-	-	-				

^a Excluída do modelo | Correção Bonferroni: .05/7=.007*Grupo da população geral/Controlo (GC)*

Nas Tabelas 6 e 7 são apresentados os modelos de regressão linear múltipla, respetivamente, para os indicadores de Somatização no R-SOMS-2 e no BSI. A Tabela 6 evidencia que apenas o Neuroticismo se constitui como único preditor significativo da Somatização avaliada pelo R-SOMS-2, num modelo estatisticamente significativo ($F_{7,147}=7.147$; $p<.001$) e que explica 23.5% da variância. O mesmo se observa no modelo preditivo da Somatização medida pelo BSI (Tabela 7), que se revelou estatisticamente significativo ($F_{9,145}=9.261$, $p<.001$) e explicativo de 32.6% da variância, e no qual surge também o Neuroticismo como único preditor significativo, considerando a correção de Bonferroni aplicada.

Tabela 6.

Somatização (R-SOMS-2): Regressão linear múltipla (método enter) para GC

		β	t	p	R	R ²	ΔR^2	ANOVA
NEO-FFI	Amabilidade	-.012	-.147	.883				
	Neuroticismo	.352	3.390	.001				
TAS-20	DIS	.245	1.387	.168				
	Total	-.073	-.431	.667				
EVA	Conforto c/ proximidade	.149	1.028	.306	.519	.270	.235	F _{7,147} = 7.147; p=.000
	Confiança nos outros ^a	-	-	-				
	Ansiedade	-.165	-1.729	.086				
	Conforto e segurança	-.301	-1.970	.051				

^a Excluída do modelo | Correção Bonferroni: .05/7=.007

Tabela 7.

Somatização (BSI): Regressão linear múltipla (método enter) para GC

		β	t	p	R	R ²	ΔR^2	ANOVA
NEO-FFI	nabilidade	-.113	-1.323	.188				
	onscienciosidade	.111	1.428	.156				
	neuroticismo	.405	4.011	.000				
TAS-20	IS	.300	2.666	.009				
	DS	.010	.091	.928				
	OS	.038	.452	.652	.604	.365	.326	F _{9,145} = 9.261; p=.000
	otal	-	-	-				
EVA	onforto c/ proximidade	.199	1.451	.149				
	onfiança nos outros	-	-	-				
	nsiedade	-.105	-1.168	.245				
	onforto e segurança ^a	-.138	-.963	.337				

^a Excluída do modelo

Correção Bonferroni: .05/9=.005

Poder preditivo dos sintomas psicopatológicos para a Somatização

Nas Tabelas 8 e 9 são apresentados os modelos de regressão linear múltipla, respetivamente, para os indicadores de Somatização no R-SOMS-2 e no BSI, considerando as dimensões específicas do BSI.

Tabela 8.

Somatização (R-SOMS-2): Regressão linear múltipla (método enter) para os três grupos em estudo

BSI	FM (N=56)			ODC (N=53)			GC (N=155)		
	β	t	p	β	t	p	β	t	p
<i>Somatização</i>	.798	5.011	.000	.622	2.145	.038	.510	4.425	.000
<i>Obses.Comp.</i>	-.171	-1.045	.302	-.064	-.299	.766	-.007	-.068	.946
<i>Sens. Interp.</i>	-.094	-.430	.670	-.178	-.893	.377	-.168	-1.480	.141
<i>Depressão</i>	.177	.984	.330	.198	.875	.387	.093	.714	.476
<i>Ansiedade</i>	.156	.641	.525	-.294	-1.311	.197	-.005	-.037	.971
<i>Hostilidade</i>	-.052	-.354	.725	.138	.968	.339	.062	.575	.566
<i>Ansied. Fób.</i>	-.196	-1.331	.190	.144	.749	.458	.128	1.333	.185
<i>Ideação Par.</i>	.003	.016	.987	.051	.263	.794	.168	1.638	.104
<i>Psicoticismo</i>	.054	.259	.797	.165	.747	.459	-.051	-.356	.722
R / R² / ΔR^2	.770 / .593 / .514			.733 / .538 / .441			.683 / .466 / .433		
ANOVA	F _{9,46} = 7.458; p=.000			F _{9,43} = 5.557; p=.000			F _{9,145} = 14.065; p=.000		

Correção Bonferroni: .05/9=.005

Como se pode observar na Tabela 8, são obtidos modelos estatisticamente significativos ($p < .001$) de predição dos sintomas psicopatológicos avaliados no BSI para a dimensão Somatização do R-SOMS-2, explicando 51.4% da variância no grupo com FM, 44.1% no grupo de sujeitos com ODC e 43.3% no GC. Analisando especificamente os preditores, e como seria de esperar, que a dimensão Somatização no BSI prediz com significado estatístico a Somatização no R-SOMS-2 no grupo com FM e no GC (não sendo identificado

nenhum preditor significativo no grupo de sujeitos com ODC).

Na Tabela 9 observam-se também modelos estatisticamente significativos ($p < .001$) de predição dos sintomas psicopatológicos avaliados no BSI para a dimensão Somatização do BSI, explicando 59.2% da variância no grupo com FM, 84.9% no grupo de sujeitos com ODC e 70.7% no GC. Considerando a correção de Bonferroni, no grupo de sujeitos com FM a Ansiedade surge como preditor significativo da Somatização. No grupo com ODC emergem um número superior de preditores com significado estatístico, nomeadamente Obsessões-compulsões, Ansiedade, Ansiedade fóbica, Ideação paranoide, Psicoticismo. Por fim, no grupo da população geral (GC), a Ansiedade e Ansiedade fóbica emergem como preditores significativos.

Tabela 9.

Somatização (BSI): Regressão linear múltipla (método enter) para os três grupos em estudo

BSI	FM (N=56)			ODC (N=53)			GC (N=155)		
	β	t	p	β	t	p	β	t	p
<i>Obses.Comp.</i>	.220	1.499	.141	.486	5.828	.000	.102	1.358	.176
<i>Sens. Interp.</i>	-.514	-2.770	.008	.167	1.659	.104	-.025	-.306	.760
<i>Depressão</i>	.021	.125	.901	-.262	-2.368	.022	.011	.117	.907
<i>Ansiedade</i>	.635	3.134	.003	.435	4.509	.000	.481	5.436	.000
<i>Hostilidade</i>	.104	.774	.443	-.038	-.523	.604	.144	1.868	.064
<i>Ansied. Fób.</i>	.245	1.885	.066	.331	3.807	.000	.213	3.197	.002
<i>Ideação Par.</i>	.355	2.247	.029	.303	3.361	.002	.054	.740	.460
<i>Psicoticismo</i>	-.221	-1.178	.245	-.368	-3.673	.001	-.018	-.179	.808
R / R² / Δ R²	.807 / .651 / .592			.934 / .872 / .849			.850 / .723 / .707		
ANOVA	F _{8,47} = 10.978; p=.000			F _{8,44} = 37.573; p=.000			F _{8,146} = 47.552; p=.000		

Correção Bonferroni: .05/8=.006

V - Discussão

Hipótese 1

Os sujeitos diagnosticados com FM, quando comparados com o GC e com o grupo de sujeitos com ODC apresentam diferenças significativas quanto às variáveis Somatização, Personalidade, Alexitimia, Vinculação, Somatização e Psicopatologia.

No âmbito do presente estudo verificámos que existem diferenças significativas no que se refere à variável Somatização (R-SOMS-2 e BSI). Evidencia-se, a este propósito, que os sujeitos com FM obtiveram resultados médios na Somatização do BSI acima dos parâmetros considerados normais para o grupo com perturbação emocional, nos estudos de validação para a população portuguesa (Canavarro, 2007), o que confirma a relevância clínica deste tipo de sintomatologia neste grupo. Estes resultados são também consistentes com os estudos sobre Fibromialgia onde a dor crónica aparece associada a uma variedade de queixas somáticas (Lobato, 2012; Quartilho, 2016; Villalpando et al., 2005). Acresce ainda que tanto no GC como no ODC os valores médios de Somatização do BSI se encontram acima da média para a população

geral (apurado nos estudos de validação para a população portuguesa), sendo que 61% dos sujeitos do GC e 84% dos sujeitos do ODC se apresentam como somatizadores pelo R-SOMS-2. Estes resultados são consistentes com os estudos a respeito da sintomatologia variada apresentada pelos sujeitos do ODC (30 de 53 com asma ou enfermidades do foro respiratório, cfr. Anexo I), mas não têm contextualizam empírica no GC. Não obstante Quartilho (2016) refere que o contexto social atual privilegia queixas somáticas em detrimento da expressão emocional, fator determinante para a somatização, o que poderá dar suporte a estes dados.

Paralelamente, verificamos que o grupo ODC apresenta características que o posicionam entre o FM e o GC na maioria das variáveis mas sem diferenças estatisticamente significativas face ao GC, com exceção do Total de sintomas (R-SOMS-2), da Somatização (BSI) e dos Índices do BSI (IGS, TSP, ISP), o que numa primeira análise poderia levantar dúvidas quanto à manutenção deste grupo individualizado do GC. A razão que justificou manter a análise comparativa destes três grupos ao longo do presente estudo baseia-se na visão psicodinâmica de McDougall (2000). Esta autora defende que os sintomas de retenção, através dos quais o psiquismo emprega o corpo para traduzir as inibições das pulsões do ID são psicossomáticas na sua estrutura, mas não têm o mesmo sentido que as somatizações por conversão. Expressões somáticas como a úlcera gástrica e a retocolite ulcerativa constituem provas de híper funcionamento e da descarga direta que se seguem a acontecimentos carregados de afeto e não elaborados psicicamente, ao passo que manifestações como a asma, tiroide ou tetania situam-se no polo da retenção (McDougall, 2000). A sintomatologia indicada por mais de metade dos indivíduos com FM situa-se no polo de conversão e refere-se a vômitos, sensação da comida voltar à boca, manchas na pele ou descoloração da pele, afonia ou perda de voz, perda de sentidos ou perda de consciência, consistente com quadros de histeria conforme referido por Borossa (2002), Villalpando et al. (2005) e Silva Slompo et al. (2006). Simultaneamente os sintomas indicados por cerca de 50% dos sujeitos do GC foram dores de cabeça, mau estar no estomago ou azia e cansaço excessivo ou falta de forças, que também se situam no polo da conversão. Por seu turno, no grupo ODC a maioria dos sujeitos (30 de 53) apresentam sintomas relacionados com as *Chicago Seven* de Franz Alexander (McDougall, 2000), asma e doenças pulmonares, hipertensão, dermatoses como eczema, perturbações ao nível da tiroide e apenas 1 caso de colon irritável, mecanismos que, na sua maioria, se situam no polo da retenção.

No que se refere às variáveis independentes, Neuroticismo, Alexitimia e Vinculação verificamos que os grupos amostrais apresentam também diferenças estatisticamente relevantes. Conforme referido por Naylor et al. (2017) o alto Neuroticismo, a amplificação somatosensorial, a alexitimia, a vinculação insegura foram

características observadas em sujeitos diagnosticados com FM, consistentes com o verificado em processos de somatização. Com efeito, no que se refere às características da personalidade verificamos que os sujeitos com FM apresentam valores acima da média para a população portuguesa para o Neuroticismo e a Abertura à experiência e abaixo desta média para a Amabilidade e Extroversão, com diferenças entre os grupos estatisticamente significantes. Este grupo FM apresenta também diferenças com significância estatística face aos outros grupos na Alexitimia (total, DIS, DDS e POS), apresentando valores mais altos que os outros grupos. Na vinculação, em conformidade com a base teórica apresentada, os sujeitos com FM apresentam estilos de vinculação mais insegura que os outros dois grupos amostrais. Ainda que as diferenças entre grupos apenas se manifestem significativas para as vinculações seguras, evitante-desligado e evitante-amedrontado, e para os fatores Conforto com proximidade, Confiança nos outros e a variável compósita conforto-confiança.

No que respeita à psicopatologia as diferenças entre grupos amostrais são estatisticamente significativas para todas as dimensões do BSI, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo, para além da somatização que supra referimos. A FM teve uma performance que se destaca dos outros grupos em todas as dimensões do BSI, os sujeitos com ODC obtiveram pontuações mais elevadas que o GC consistente com a elevada comorbilidade entre a psicopatologia e as queixas somáticas em particular na FM (Lobato, 2012; Miller et al., 2010, Quartilho, 2016; Villalpando et al., 2005). Adicionalmente, verificamos que os sujeitos com FM um quadro psicopatológico variado, IGS de 1.74, com pontuações acima da média para o grupo de perturbações emocionais em todas as dimensões do BSI, exceto psicoticismo, que se encontra 1 DP acima da média da população geral, o que também constitui relevância clínica. O grupo ODC apresenta valores nas dimensões do BSI, genericamente acima da pontuação média para a população geral mas inferior a este montante acrescido de 1 DP, com exceção da Amabilidade, apurou-se um IGS de 1.03, abaixo do valor de corte 1.7 (Canavarro, 2007), sem relevância clínica. O GC apresenta-se saudável em termos psicopatológicos com valores abaixo da média para a população geral em todas as dimensões.

Hipótese 2

O Neuroticismo e a Alexitimia são preditores significativos de Somatização quando considerados os sujeitos diagnosticados com FM, comparativamente com os outros dois grupos amostrais

Neuroticismo

O Neuroticismo e a amplificação somatosensorial são geralmente associados ao processo de somatização (Brown & Moskowitz, 1997; Costa & McCrae, 1980; Hyphantis et al., 2013; Liuet al., 2018;

Malyszczak et al., 2010; Montoro et al., 2015; Naylor et al., 2017; Quartilho, 2016; Rosmalena et al., 2007; Smith, 2006; Villalpando et al., 2005; Vassend et al., 2011, Wise & Mann, 1994) e os resultados deste estudo parecem confirmar esta associação tendo-se apurado o efeito preditivo do Neuroticismo para a Somatização (R-SOMS-2) ainda que não pareça constituir um efeito específico aos quadros de FM (De Laire et al., 2012; Naylor et al., 2017).

Com efeito, observámos associações significativas entre o Neuroticismo e a Somatização, quer quando avaliada pela R-SOMS-2, quer pelo BSI, nos três grupos amostrais. Adicionalmente, verificou-se que o neuroticismo constitui um preditor estatisticamente significativo da somatização, apenas quando aferida pela R-SOMS-2, tanto na FM como no GC.

No ODC, no entanto, um grupo onde também seria de esperar um resultado semelhante, atento que 84% dos sujeitos poderiam ser clinicamente categorizados como somatizadores, e onde 58% são asmáticos ou hipertensos (Costa & McCrae, 1980; Loerbroks et al., 2015), verificámos uma associação entre Neuroticismo e Somatização sem que, contudo, esta variável constituísse um estimador estatisticamente significativo desta condição clínica. Por outro lado, não verificámos diferenças quanto ao poder explicativo do Neuroticismo entre os sujeitos do GC e os com FM, não se evidenciando, assim, um efeito desta variável sobre a somatização que possa ser específico da síndrome de Fibromialgia. Os resultados ora apurados parecem confirmar que o Neuroticismo apenas tem um papel secundário nas manifestações clínicas dos sujeitos com FM, conforme referido por Montoro et al. (2015). Neste contexto, este autor refere que a associação entre personalidade e FM pode ser bidirecional e interativa, onde a personalidade modula os sintomas da FM e simultaneamente é influenciada por estes, pelo que poderá dar-se o caso dos traços de personalidade ligados ao Neuroticismo se terem reforçado em consequência do mal-estar provocado pela doença (Montoro, 2015; Quartilho, 2016).

Não obstante, o fato de termos apurado resultados semelhantes nos dois grupos FM e GC, quanto ao poder preditivo do Neuroticismo sobre os sintomas somáticos, aferidos pela R-SOMS-2, poderá indicar que este traço de personalidade é um fator importante na compreensão do fenómeno da somatização, ainda que não específico da FM. No entanto, tendo em consideração que o efeito preditivo desta variável na Somatização quando medida pelo BSI não foi confirmado, julgamos necessária mais informação para aprofundar esta inferência.

Neste estudo foram utilizados dois instrumentos para medir a Somatização, a R-SOMS-2, que afere sobre os sintomas a dois anos atrás e o BSI que afere a sintomatologia na última semana, por forma a poder captar eventuais efeitos de ampliação somatosensorial, referida em alguns estudos empíricos (Brown & Moskowitz, 1997; Wise & Mann, 1994). Paralelamente, verificámos que a dimensão Somatização

do BSI será um preditor estatisticamente significativo com poder preditivo de mais de 50% da Somatização avaliada pelo R-SOMS-2 em todos os grupos (vide tabela 8). Neste contexto, poderemos concluir quanto à verificação de uma tendência para amplificação somatosensorial uma característica inerente ao Neuroticismo e que vem fortalecer a importância desta dimensão para a compreensão da Somatização.

Alexitimia

A Alexitimia, principalmente no que diz respeito à dimensão da dificuldade em identificar sentimentos (DIS), tem sido relacionada com a somatização, ainda que os resultados empíricos sejam contraditórios. Com efeito, os estudos analisados apontam para que esta seja uma característica desfavorável para a promoção de saúde, mas também deixam clara a necessidade de mais estudos longitudinais, com amostras de tamanho considerável para que se possa entender a natureza da relação entre esta característica e perturbações de ordem somática (Klinger-König et al., 2018; Kojima, 2012; Wise & Mann, 1994). Não obstante, tem sido referida de uma forma generalizada a presença de Alexitimia na maioria dos estudos efetuados com sujeitos somatizadores e com FM, conforme referido por Naylor et al. (2017) e De Laire et al. (2012), bem como ao nível da experiência clínica, conforme evidenciado por McDougall (2000), Sami-Ali (2002), entre outros.

No âmbito do presente estudo a Alexitimia não foi evidenciada como um preditor de Somatização com significância estatística em nenhum dos grupos. De igual modo, nenhum dos grupos apresentou valores médios que nos permitam categorizar os sujeitos como alexitímicos, ainda que na FM se observem valores médios de alexitimia mais altos que os restantes grupos e apenas um ponto abaixo do ponto de corte da TAS-20 (61, cfr. Verissimo, 2001). Observa-se, também, que nos fatores DIS e DDS, o grupo com FM também tem uma performance acima do respetivo ponto médio e superior ao GC e ODC, muito embora neste grupo não se tenha verificado nenhuma associação entre a Alexitimia e a Somatização, tanto quando avaliada pela R-SOMS-2 como pelo BSI. Os resultados assim apresentados parecem corroborar as hipóteses referidas por Quartilho (2016) de que a Alexitimia e a Somatização são apenas dois fenómenos coocorrentes e não determinantes e que a respetiva associação possa ter um caráter não específico.

Por outro lado, De Laire et al. (2012) refere que a ausência do traço de Alexitimia (e de valores relevantes para os seus fatores) em 80% da amostra por si estudada se poderia dever a um efeito de aprendizagem com o diagnóstico de enfermidade. Assim, na sequência da eclosão da FM e dos seus efeitos colaterais, surge no doente um processo de tomada de consciência quanto às características de personalidade que influenciavam o agravamento e início desta

síndrome. Neste contexto, estes doentes acabam por tomar medidas de autocuidado, refletindo-se, por exemplo, na necessidade de transformação por processos psicoterapêuticos. No presente estudo não parece ter sido esse o caso, pois apenas uma pequena percentagem de sujeitos afirma ter recorrido a acompanhamento psicoterapêutico.

Hipótese 3

Os sujeitos com FM apresentam estilos de vinculação mais inseguros que os sujeitos sem doença crónica e este é um preditor significativo de Somatização quando considerados os sujeitos diagnosticados com FM, comparativamente com os outros dois grupos amostrais.

São variados os estudos empíricos que evidenciam o padrão de vinculação insegura como um fator de risco para a somatização e, em particular, para o desenvolvimento de dor crónica (De Laire, 2012; Lobato, 1992; Gil, 2008; Quartilho, 2016; Naylor, 2017; Stuart, 1999; Taylor, 2017; Villalpando, 2005). No âmbito do presente estudo, a vinculação insegura integra os esquemas evitante desligado ou ansioso, evitante amedrontado (resistente ansioso ou temeroso) e ansioso/ambivalente, desorganizado ou preocupado (Bowlby, 1988; Canavarro et al., 2006; Collins & Read, 1990; Quartilho, 2016). Com efeito, a escala EVA tem por base as quatro representações internas sobre si próprio e sobre os outros propostos por Bartholomew e Horowitz (1991 cit. in Canavarro et al., 2006), em que o estilo seguro se refere a modelos positivos do self e do outro, o evitante-desligado a modelos positivos do *self* e negativos do outro, o evitante-amedrontado ou ansioso, a modelos negativos do *self* e positivos do outro, correspondendo a uma vinculação ansiosa e o preocupado ou ambivalente a modelos negativos do self e do outro (Collins & Read, 1990; Canavarro et al., 2006). Estudos portugueses identificam a vinculação ansiosa como preditora de baixa capacidade para fornecer suporte e a vinculação evitante como preditor de ineficácia na procura de suporte (Canavarro et al., 2006).

Neste estudo, verificámos que a maioria da população amostral, incluindo os três grupos, poderia ser considerada somatizadora e que, independentemente do grupo, os sujeitos com vinculação insegura apresentam, habitualmente, estilos de vinculação evitante (desligado e amedrontado), com pouca relevância para o preocupado/ambivalente. De notar, que a maioria dos sujeitos com FM apresentam padrões de vinculação insegura (30% com padrão Evitante-Amedrontado, 21% com padrão Evitante-Desligado e 9% com padrão Preocupado) destacando-se níveis de conforto e confiança abaixo da média e níveis de ansiedade também inferiores à média, com desvios padrão elevados para todos os grupos amostrais, consistentes com o quadro teórico apresentado. Estudos empíricos (Gil et al., 2008; Taylor et al., 2017) referem, neste contexto, que os sujeitos com FM têm uma perceção de cuidados maternos insuficientes durante a infância, crenças de abandono e rejeição, mas também comportamentos inadequados ou

ambíguos quando buscam suporte, no sentido do defendido por McDougall (2000), quando refere que a parte infantil primitiva “encapsulada” no seio de uma personalidade adulta volta ao palco psíquico em momentos de vida desafiantes que suscitam elevados níveis de afeto. Não obstante, o presente estudo não evidenciou nenhuma das variáveis associadas ao EVA como preditor estatisticamente significativo de somatização.

Hipótese 4

Os sintomas psicopatológicos poderão predizer a somatização

Tendo em consideração que umas das características da síndrome de FM é a comorbilidade com perturbações de foro psiquiátrico (Quartilho, 2016, Miller et al., 2010), aferimos também, no presente estudo, se os sintomas psicopatológicos poderiam predizer a Somatização. Os resultados não espelharam de forma clara que os sintomas avaliados pelo BSI constituíssem preditores de Somatização, na medida em que não foi evidenciado qualquer preditor estatisticamente significativo em relação às queixas somáticas aferidas pela R-SOMS-2. No entanto, quando tomamos em consideração a dimensão Somatização do BSI, observam-se preditores significativos. No grupo de FM a Ansiedade foi a única dimensão relevante enquanto preditor, que explica 60% da variância na Somatização. No grupo com ODC emergem um número superior de preditores com significado estatístico, nomeadamente Obsessões-compulsões, Ansiedade, Ansiedade fóbica, Ideação paranóide, Psicoticismo, os quais explicam 85% da variância na Somatização. Por fim, no grupo da população geral (GC), a Ansiedade e Ansiedade fóbica emergem como preditores significativos explicando 71% da variância na Somatização.

Este estudo evidencia que, tanto os sujeitos com FM como os que referiram ter ODC apresentaram quadros psicopatológicos variados, com um ISP indicador de perturbação emocional com significado clínico. Nos três grupos amostrais, a dimensão Ansiedade constituiu-se como preditor significativo de somatização no BSI.

Neste contexto, pode fazer sentido considerar que a somatização se apresenta como uma via de expressão de um mal-estar emocional generalizado conforme referido por Quartilho (2016). Com efeito, os dados deste estudo parecem confirmar que os sintomas psicopatológicos se correlacionam positivamente com queixas somáticas, consubstanciando estas uma via alternativa de expressão das primeiras, corroborando também as teorias de base psicodinâmica.

Limitações do Estudo e investigações futuras

De notar que os grupos clínicos foram formados tendo por base as informações prestadas pelos participantes, ou seja, as informações não foram recolhidas em contextos clínicos que viabilizassem a confirmação do diagnóstico referido pelos próprios participantes. Com efeito, a amostra do estudo trata-se de uma amostra de conveniência,

obtida numa plataforma online *facebook* entre pessoas interrelacionadas o que pode ter determinado os resultados obtidos, principalmente em relação aos níveis de Somatização elevados nos três grupos. Neste sentido recomendamos que em futuras investigações a amostra clínica possa ser recolhida em contexto Hospitalar, onde se possa confirmar o diagnóstico de FM e que permita, eventualmente, perceber diferenças entre pacientes que acabaram de receber o diagnóstico e pacientes com diagnósticos à mais tempo.

Os resultados deste estudo revelam também que o valor preditivo da somatização depende da especificidade do instrumento, pelo que valeria a pena ampliar a validação da R-SOMS-2 num contexto mais vasto que os cuidados primários de saúde e perceber que instrumentos são mais indicados para perceber o perfil de Somatização de cada patologia e de cada sujeito.

Por outro lado, a natureza transversal desta análise não nos permite aferir se as diferenças de personalidade presentes aquando da eclosão da patologia estarão também presentes depois e se serão apenas secundárias ou concomitantes com o desenvolvimento da FM.

Adicionalmente não tomámos em consideração os estudos empíricos que evidenciam que a depressão medeia a relação entre Neuroticismo e Somatização (Knight et al., 2016; Malyszczak et al., 2010), o que remete para a necessidade de estudar estas relações com base em modelação estrutural, por forma a perceber efeitos mediadores de variáveis relevantes, tais como a depressão.

O estudo empírico efetuado por Klinger-König et al. (2018) mostra efeitos longitudinais da Alexitimia, particularmente quanto à dimensão DIS, enquanto fator preditor de sintomas somáticos, ainda que refira associações aditivas e interativas entre a dimensão DIS e os traços de personalidade Neuroticismo e Extroversão. Neste estudo não foi verificada a existência de associações interativas ou aditivas, entre as variáveis independentes em análise o que poderá eventualmente ficar também como sugestão em estudos posteriores.

Tendo-se evidenciado no presente estudo várias associações estatisticamente significativas entre Somatização e as dimensões do BSI relativas a psicopatologia valeria a pena explorar melhor estas relações, nomeadamente aferindo sobre o momento de eclosão dos sintomas somáticos. Com efeito, conforme referido por Quartilho (2016) os sintomas somáticos aparecem sem depressão e ansiedade o que pode refutar a hipótese de que as mesmos sirvam para traduzir corporalmente esta condição clínica.

A teoria Psicodinâmica refere-se também à importância do sonho e do Imaginário na Somatização, pelo que seria interessante em futuras investigações aprofundar esta relação e entender melhor o que determina o constructo da Alexitimia pois os resultados deste estudo foram pouco congruentes com as bases teóricas analisadas.

Futuras investigações poderão, também, mitigar as limitações inerentes aos questionários de autorresposta (Brown & Moskowitz,

1997; Costa & McCrae, 1980) incluindo entrevistas clínicas, apesar das evidências que asseguram a validade e fiabilidade dos instrumentos utilizados. A inclusão de entrevistas clínicas, ainda que apenas numa parte dos sujeitos, permitiria uma avaliação mais compreensiva e válida dos participantes e a redução da probabilidade de falsos positivos. Com efeito alguma incongruência nos resultados pode estar subjacente ao fato de não ter havido uma análise qualitativa que pudesse acolher a subjetividade individual e permitir a validação dos dados obtidos por autorrelato.

VI - Conclusões

“A experiência humana é “incarnada” e torna-se corpo. (...) Todo o conhecimento humano resulta de percebermos, ouvirmos, sentirmos, vermos, cheirarmos, tocarmos e, simultaneamente, de sermos vistos, tocados, sentidos e ouvidos. O nosso ser corporal, a nossa experiência enquanto corpos é o nosso ponto de partida comum. Não existem pensamentos sem corpo, emoções sem corpo, ou experiências puramente psíquicas.” (Quartilho, 2016, p. 248)

Neste estudo fica evidente a necessidade de entender a somatização enquanto processo psicossomático, tal como referido por Quartilho (2016) e equacionadas as suas dimensões biopsicossociais. À semelhança dos estudos empíricos apresentados, os elevados níveis de neuroticismo associam-se ao elevado número de queixas somáticas manifestadas, em todos os grupos amostrais, ainda que não tenha ficado evidente a sua influência para a somatização, principalmente no que se refere ao grupo clínico com Fibromialgia. Com efeito, quando considerado o total de sintomas do R-SOMS-2, o neuroticismo constitui-se como preditor estatisticamente significativo, tanto para os sujeitos com FM, como naqueles que não referiram ter qualquer doença crónica (GC), o que não aconteceu em relação à somatização avaliada pelo BSI. De todo o modo, este resultado parece-nos corroborar a hipótese de amplificação somatosensorial, característica também associada com o neuroticismo. Por outro lado, o facto do Neuroticismo se manifestar preditor significativo da Somatização, tanto na FM como no GC, poderá indiciar que não terá sido algo desenvolvido na sequência da doença mas uma tendência intrínseca que se terá tornado patológica com o agravamento desta síndrome. Curiosamente, no caso do grupo de pacientes com ODC parece que o Neuroticismo não se constitui um determinante das queixas somáticas apresentadas, apesar dos elevados níveis desta dimensão revelados face ao GC e aos valores normativos para a população portuguesa (Canavarro, 2007).

A Alexitimia e a Vinculação Insegura não se mostraram preditores relevantes da Somatização, ainda que se tenham manifestado associações entre esta, o DIF (TAS-20) e as componentes “conforto com proximidade” e “conforto-segurança” (EVA), observando-se níveis mais altos de alexitimia e vinculações mais inseguras nos sujeitos

com FM. No âmbito da vinculação insegura, verificou-se preponderância das vinculações evitantes, indiciando desconfiança quanto à eficácia do suporte que os outros poderão prestar, consistente com os estudos empíricos sobre este assunto (Quartilho, 2016; Naylor et al., 2017; Taylor et al., 2012).

Paralelamente, as dimensões da psicopatologia avaliadas pelo BSI não se revelaram preditores de Somatização pelo R-SOMS-2, em qualquer dos grupos amostrais analisados, ainda que se tenham manifestado associações com algumas das dimensões psicopatológicas. Por outro lado quando a Somatização foi avaliada pelo BSI a Ansiedade constituiu-se preditor significativo nos sujeitos com FM, fator comum também aos outros dois grupos. Muito embora o quadro psicopatológico manifestado pelo grupo com FM tenha manifestado relevância clínica em todas as dimensões do BSI exceto Psicoticismo. Assim, estes resultados poderão sustentar as teorias que defendem que a somatização expressa um mal-estar indizível e interdito psiquicamente. Por outro lado, sustentam também que a incapacidade decorrente de perturbações dos sintomas somáticos poderá não ser uma consequência primária de fatores psicológicos mas remete para uma constelação de fatores biopsicossociais que deverão ser mais amplamente analisados.

Este estudo vem também evidenciar que psique e soma deverão ser considerados de uma forma holística, como um sistema indissociável em que o indivíduo deverá, acima de tudo, ser considerado na sua experiência subjetiva e ideossincrática. No final, não é a “doença” que determina o quadro patológico, mas a pessoa e as suas múltiplas intersubjectividades. Parece-me importante referir, McDougall (2000), quando refere que *“tanto as manifestações psicóticas e psicossomáticas, como as neuroses, os distúrbios de carácter e as perversões, são tentativas de cura de si mesmo”* (p. 40), um desejo tão bem expresso por Flaira Ferro na música “Me curar de mim”. Afinal não é por essa razão que nós psicólogos escolhemos estar aqui, neste “lugar” de compreensão abrangente do psicossomático?

Bibliografia

- Aaron, R. V., Fisher, E., De la Veja, R. & Lumley, M.A. (2019). Alexithymia in individuals with chronic pain and its relation to pain intensity, physical interference, depression and anxiety: a systematic review and meta analysis. *Pain*, 160, 994–1006. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001487.
- Bergner, S. (2009). The analytic environment in times of bodily dysfunction: The effect of psychoanalytic psychosomatic theories. *Psychoanalytic Psychology*, 26 (4), 362–378. doi: <https://doi.org/10.1037/a0017713>.
- Afonso, J. I. (2016). *Perturbação de Sintomas Somáticos: Uma nova abordagem diagnóstica*. (Tese de Mestrado Integrado) Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (5th Ed.). Washington, dc.: American Psychiatric Association.
- Avila, L.A. & Terra, J. R. (2010). Histeria e Somatização: o que mudou?. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 59(4), 333-340. doi: 10.1590/S0047-20852010000400011.
- Borossa, J. (2002). *Histeria*. Coimbra: Almedina Editora.
- Brown, K.W. & Moskowitz, D.S. (1997). Does Unhappiness make you sick? The role of affect and neuroticism in the experience of common physical symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 907-917. doi: 10.1037/0022-3514.72.4.907.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Tavistock/Routledge.
- Canavarro, M.C., Dias, P. & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: uma revisão critica a propósito da aplicação da Adult Attachment Sacale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 156-186, doi: 10.17575/rpsicol.v20i1.381.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cervone, D. & Pervin, L.A. (2014). Trait theory: The five factor model; applications and evaluation of trait approaches to personality. In *Personality Psychology* (pp. 263-300). Hoboken: Willey.
- Collins, N.L. & Read, S.J. (1990). Adult attachment, working Models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (4), 644-663. doi: 10.1037/0022-3514.58.4.644.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1980). Somatic complaints in males as a function of age and neuroticism: A longitudinal analysis. *Journal of Behavioural Medicine*, 3(3), 245-257. doi: 10.1007/BF00845050.

- De Laire, X., Rodriguez, A. & Rodríguez, J. (2012). Descrição dimensional de rasgos de personalidade em mulheres com diagnóstico médico de Fibromialgia. *Revista de Psicologia GEPU*, 3 (2), 15-35.
- Eksterman, A. (1992a). Medicina Psicossomática no Brasil. In Julio de Mello Filho e colaboradores (Ed.), *Psicossomática Hoje* (pp. 28-34). Porto Alegre: Artmed Editora Ltda.
- Eksterman, A. (1992b). Psicossomática: o diálogo entre a psicanálise e a medicina. In Julio de Mello Filho e colaboradores (Ed.), *Psicossomática Hoje* (pp. 77-88). Porto Alegre: Artmed Editora Ltda.
- Fabião, C. (2010). *Rastreio e Diagnóstico da Somatização em cuidados primários: validação da Screening for Somatic Symptoms-2*. (Tese de Doutorado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Friedman, H.S. (2019). Neuroticism and health as individuals age. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(1), 25-32. doi: 10.1037/per0000274.
- Hyphantis, T., Goulia, M. & Carvalho, A. (2013). Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in health and disease. *Journal of psychosomatic research* 75(4), 362-369. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.08.014.
- Gil, F. P., Weigl, M., Wessels, T., Irnich, D., Baumüller, E. & Winkelmann, E. (2008). Parental bonding and alexithymia in adults with fibromyalgia. *Psychosomatics*, 49 (2), 115-122 doi: 10.1176/appi.psy.49.2.115.
- Jeronimus, B.F., Riese, H. & Ormel, J. (2015). Environmental influences on neuroticism in adulthood: A systematic review. In *Environmental Influences on neuroticism: A story about emotional (in)stability*. Chapter 4, p. 75-131. B.F. Jeronimus. PhD thesis. University of Groningen, Groningen. Ridderprint B.V., the Netherlands. doi: 10.13140/2.1.3452.2407.
- Kano, M. & Fukudo, S. (2013). The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *BioPsychoSocial Medicine*, 7, 1-9. doi: 10.1186/1751-0759-7-1.
- Klinger-König, J., Hertel, J., Terock, J., Völzke, H., Van der Auwera, S. & Grabe, H.J. (2018). Predicting physical and mental health symptoms: Additive and interactive effects of difficulty identifying feelings, neuroticism and extraversion. *Journal of Psychosomatic Research*, 115, 14-23. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.10.003.
- Kojima, M. (2012). Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: a brief review of epidemiological studies. *BioPsychoSocial Medicine*, 6, 1-21. doi: 10.1186/1751-0759-6-21.
- Knight, C., Orihuela, C., Perrotte, J. & McNaughton-Cassill, M. (2016).

- The mediating role of depressive symptomatology between neuroticism and somatization with additional focus on insomnia and gender. *Journal of psychosomatic research*, 75(4), 362-369.
- Lima, M.P., Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A.J., Costa, J.J., Costa, M.J. & Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caracterização em função da idade, género e escolaridade. *Psicologia*, 28 (2), 1-10.
- Lobato, O. (1992). O problema da dor. In Julio de Mello Filho e colaboradores (Ed.), *Psicossomática Hoje* (pp. 165-178). Porto Alegre: Artmed Editora Ltda.
- Lopez-Santiago, J., Belloch, A. (2012). El laberinto de la somatización: se buscan salidas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17 (2), 151-172. doi: 10.5944/rppc.vol.17.num.2.2012.11212
- Liu, Y., Gillespie, N.A., Ye, L., Zhu, G., Duffy, D.L. & Martin, N.G. (2018). The relationship between personality and somatic and psychological distress: a comparison of chinese and australian adolescents. *Behaviour Genetics*, 48(4), 315-322. doi: 10.1007/s10519-018-9905-3.
- Loerbroks, A., Li, J., Boschb, J.A., Herr, R.M. & Angerer, P. (2015). Personality and risk of adult asthma in a prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 79, 13–17. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.04.002.
- Luminet, O., Bagby, R.M., Wagner, H., Taylor, G.J. & Parker, J.D.A. (1999). Relation between alexithymia and the five-factor model of personality: a face-level analysis, *Journal of Personality Assessment*, 73(3), 345–358. doi: 10.1207/S15327752JPA7303_4.
- Malyszczak, K., Wróbel, T., Chachaj, A., Inglot, M. & Kiejna, A. (2010). Impact of interaction between somatic illness and trait neuroticism on depressive symptoms. *European Journal Psychiatry*, 24(4), 210-219.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. (6.ª ed.). Pero Pinheiro: ReportNumber++.
- McDougall, J. (2000). *Teatros do Corpo – O psicossoma em psicanálise*. (2.ª Ed.). São Paulo: Martins Fontes Edições
- Mello Filho, J. (1992). Introdução. In Julio de Mello Filho e colaboradores (Ed.), *Psicossomática Hoje* (pp. 19-27). Porto Alegre: Artmed Editora Ltda.
- Miller, F. P., Vandome, A. F. & McBrewster, J. (2010). Fibromyalgia. In *Malingering: medicine, mental disorder, primary and secondary gain, fraud, feigned madness* (pp. 63-79). United States: Alphascript publishing.
- Montoro, C.I. & Reyes del Paso, G.A. (2015). Personality and fibromyalgia: Relationships with clinical, emotional, and functional variables. *Personality and Individual Differences*, 85, 236–244. doi: 10.1016/j.paid.2006.01.019.
- Naylor, B., Boag, S. & Gustina, S.M. (2017). New evidence for a pain

- personality? A critical review of the last 120 years of pain and personality. *Scandinavian Journal of Pain*, 17, 58–67. doi: 10.1016/j.sjpain.2017.07.011.
- Praceres, N., Parker, D. A. & Taylor, J.J.G. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (tas-20). *RIDEP*, 9(1), 9-21.
- Quartilho, M.J. (2016). *O processo de somatização: Conceitos, avaliação, tratamento*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Ribeiro da Silva, A.F. (1992). Alexitimia e pensamento operatório. A questão do afecto na psicossomática. In Julio de Mello Filho e colaboradores (Ed.), *Psicossomática Hoje* (pp. 113-118). Porto Alegre: Artmed Editora Ltda.
- Rosmalena, J.G., Neeleman, J., Gansb, R.O. & De Jonge, P. (2007). The association between neuroticism and self-reported common somatic symptoms in a population cohort. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 305 – 311. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.10.014.
- Sami-Ali (2002). *Pensar o Somático: Imaginário e Patologia*. (2.^a Ed.) Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Santos Filho, O.C. (1992a). Histeria, Hipocondria e Fenómeno Psicossomático. In Julio de Mello Filho e colaboradores (Ed.), *Psicossomática Hoje* (pp. 108-112). Porto Alegre: Artmed Editora Ltda.
- Santos Filho, O.C. (1992b). Psicoterapia Psicanalítica do paciente somático. In Julio de Mello Filho e colaboradores (Ed.), *Psicossomática Hoje* (pp. 353-361). Porto Alegre: Artmed Editora Ltda.
- Silva Slompo, T. K.M. & Bernardino, L.M.F. (2006). Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo “fibromialgia” e o quadro clínico “histeria” descrito por Freud no século XIX. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, IX (2), 263-278.
- Smith, T.W. (2006). Personality as risk and resilience in physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 15(5), 227-231. doi: 10.1111/j.1467-8721.2006.00441.
- Spink Jr., G.L., Jorgensen, R.S. & Cristiano, S. (2018). Cognitive and affective factors predicting daily somatic complaints in college students. *Journal of Counseling Psychology*, 65 (1), 110 –119.
- Stuart, S. & Noyes, R. Jr. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, 40(1), 34-43. doi: 10.1016/S0033-3182(99)71269-7.
- Taylor, R.E., Marshall, T., Mann, A. & Goldberg, D.P. (2012). Insecure attachment and frequent attendance in primary care: A longitudinal cohort study of medically unexplained symptom presentations in ten UK general practices. *Psychological Medicine*, 42, 855–864. doi:10.1017/S0033291711001589.

- Vassend, O., Røysamb, E. & Nielsen, C.S. (2011). Neuroticism and self-reported somatic health: a twin study. *Psychology & Health*, 27(1), 1-12. doi: 10.1080/08870446.2010.540665.
- Verissimo, R. (2003). Inteligência emocional: da alexitimia ao controlo emocional. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 407-411.
- Verissimo, R. (2001). Versão Portuguesa da escala de alexitimia de Toronto de 20 itens: adaptação linguística, validação semântica e estudo de fiabilidade. *Acta Médica Portuguesa*, 14, 529-536.
- Wickramasekera, I. (1998). Secrets kept from the mind but not the body or behaviour: the unsolved problems of identifying and treating somatization and psychophysiological disease. *Advances in mind body medicine*, 14, 81-132.
- Wise, T.N. & Mann, L.S. (1994). The relationship between somatosensory amplification, alexithymia, and neuroticism. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(6), 515-521. doi: 10.1016/0022-3999(94)90048-5.
- Villalpando, M.I.B., Sotres, J.F.C., Manning, H.G. & González, A.A. (2005). Fibromyalgia: a functional somatic symptom or a new way to conceptualize hysteria?. *Salud Mental*, 28(6), 41-50.

Anexo I – Caracterização da amostra (N=264)

		FM (n=56)		ODC (n=53)		GC (n=155)	
Idade	<i>M (DP)</i>	45.05 (8.245)		41.77 (11.727)		41.40 (10.800)	
	<i>Min - Máx</i>	27-71		20-68		21-72	
Duração da patologia	<i>M (DP)</i>	7.54 (6.849)		27.40 (2.293)			
	<i>Min - Máx</i>	8 meses-30 anos		6 anos-48 anos			
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo	<i>Feminino</i>	56	100%	46	86,79%	146	94,19%
	<i>Masculino</i>	-	-	7	13,21%	9	5,81%
Língua	<i>Português</i>	53	94,64%	52	98,11%	152	98,06%
	<i>Brasileiro</i>	1	1,79%	-	-	-	-
	<i>Bilingue</i>	-	-	1	1,89%	1	0,65%
	<i>Outros</i>	2	3,57%	-	-	2	1,29%
Estado Civil	<i>Solteiro</i>	3	5,36%	22	41,51%	68	43,87%
	<i>Casado/União de Facto</i>	45	80,36%	23	43,40%	63	40,65%
	<i>Divorciado/Separado</i>	8	14,29%	7	13,21%	22	14,19%
	<i>Viúvo</i>	-	-	1	1,89%	2	1,29%
Rendimento	<i>Sem rendimento</i>	7	12,50%	5	9,43%	15	9,68%
	<i>Até 650€</i>	13	23,21%	17	32,08%	34	21,94%
	<i>Até 1.500 €</i>	32	57,14%	25	47,17%	88	56,77%
	<i>Até 3.000 €</i>	3	5,36%	6	11,32%	15	9,68%
	<i>Mais de 3.000€</i>	1	1,79%	-	-	3	1,94%
Habilitações Literárias Próprio	<i>Sem Escolaridade</i>						
	<i>1.º Ciclo</i>	2	3,57%	-	-	-	-
	<i>2.º Ciclo</i>	3	5,36%	-	-	-	-
	<i>3º Ciclo</i>	3	5,36%	-	-	2	1,29%
	<i>Secundário</i>	23	41,07%	10	18,87%	18	11,61%
Habilitações Literárias Pai	<i>Ensino Superior</i>	25	44,64%	43	81,13%	135	87,10%
	<i>Sem Escolaridade</i>	4	7,14%	2	3,77%	3	1,94%
	<i>1.º Ciclo</i>	31	55,36%	13	24,53%	44	28,39%
	<i>2.º Ciclo</i>	5	8,93%	7	13,21%	13	8,39%
	<i>3º Ciclo</i>	3	5,36%	10	18,87%	14	9,03%
Habilitações Literárias Mãe	<i>Secundário</i>	7	12,50%	10	18,87%	36	23,23%
	<i>Ensino Superior</i>	6	10,71%	11	20,75%	45	29,03%
	<i>Sem Escolaridade</i>	4	7,14%	-	-	1	0,65%
	<i>1.º Ciclo</i>	31	55,36%	17	32,08%	55	35,48%
	<i>2.º Ciclo</i>	7	12,50%	7	13,21%	14	9,03%
Estudante	<i>3º Ciclo</i>	6	10,71%	10	18,87%	11	7,10%
	<i>Secundário</i>	2	3,57%	8	15,09%	25	16,13%
	<i>Ensino Superior</i>	6	10,71%	11	20,75%	49	31,61%
Psicoterapia		-	-	11	20,75%	23	14,84%
Medicamentos	<i>Nenhuns</i>	10	17,86%	9	16,98%	30	19,35%
	<i>Psiquiátricos, analgésicos, Relaxantes Musculares</i>	22	39,29%	35	66,04%	132	85,16%
		34	60,71%	18	33,96%	23	14,84%

Outras doenças crónicas (ODC)	n
Asma, alergia, renite, sarcoidose	17
Hipertensão e cardiopatia	4
Oncologia (cancro, leucemia)	4
Rins (calculo e insuficiência)	2
Venosa e Talassemia	2
Pele (eczema, hidradenite, lupus)	4
Miopia	3
Fibromialgia em estudo	1
Doença de Behçet	1
Epilepsia	1
Tireóide	5
Quisto nas cordas vocais	1
Intolerância alimentar	2
Colon irritável	1
Perturbação pânico	1
Perturbação bipolar	1
Depressão	2
Sem resposta	1

Anexo II – Teste de Homogeneidade das variáveis

Amostra (N=264)		Levene (P)
<i>P</i> >.05		
R-SOMS-2	Total de sintomas	.673
BSI	Obsessões-Compulsões	.192
	Sensibilidade Interpessoal	.586
	Ideação Paranóide	.338
	Psicoticismo	.069
	IGS	.079
NEO-FFI	Amabilidade	.508
	Conscienciosidade	.219
	Extroversão	.248
	Abertura à experiência	.053
TAS-20	DIS	.072
	POS	.912
	Total	.104
EVA	Conforto com proximidade	.904
	Confiança nos outros	.102
	Ansiedade	.751
	Conforto e confiança	.239
<i>P</i> <.05		
BSI	Somatização	.000
	Depressão	.002
	Ansiedade	.011
	Hostilidade	.002
	Ansiedade Fóbica	.000
	TSP	.001
	ISP	.022
TAS-20	DDS	.029
NEO-FFI	Neuroticismo	.048

Legenda: R-SOMS-2 - Inventário reduzido de Sintomas Somáticos, 2 anos; BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos; NEO-FFI- Inventário dos Cinco Fatores; TAS-20 - Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens; EVA- Escala de Vinculação do Adulto; IGS-Índice Geral de Sintomas; TSP-Total de Sintomas Positivos; ISP-Índice de Sintomas Positivos; DIS- Dificuldade em Identificar Sentimentos; DDS- Dificuldade em Descrever Sentimentos; POS- Pensamento Orientado para o Exterior

Anexo III - Características de Personalidade, Alexitimia, Vinculação e Sintomas Psicopatológicos: Comparação nos grupos em estudo

		FM (n=56)	ODC (n=53)	GC (n=155)		
BSI						
Obsessões-Compulsões	M (DP)	2.22 (0.926)	1.25 (0.799)	1.10 (0.800)	F _{2,261} = 38.379*	GC<FM;
	Min-Máx	0.51 – 4.00	0.00 – 3.50	0.00 – 3.67		GC<ODC
Sensibilidade Interpessoal	M (DP)	1.71 (0.998)	1.09 (0.957)	0.84 (0.905)	F _{2,261} = 17.583*	ODC<FM*
	Min-Máx	0.00 – 4.00	0.00 – 3.75	0.00 – 4.00		GC<FM*;
Depressão	M (DP)	1.93 (1.115)	1.12 (0.901)	0.86 (0.856)	χ ² (2) = 39.84*	GC<ODC
	Min-Máx	0.00 – 4.00	0.00 – 3.50	0.00 – 3.67		ODC<FM*
Ansiedade	M (DP)	1.86 (1.004)	1.15 (0.866)	0.82 (0.789)	χ ² (2) = 46.311*	GC<FM*;
	Min-Máx	0.00 – 4.00	0.00 – 4.00	0.00 – 3.67		GC<ODC
Hostilidade	M (DP)	1.51 (0.963)	1.04 (0.839)	0.77 (0.721)	χ ² (2) = 30.160*	ODC<FM*
	Min-Máx	0.00 – 4.00	0.00 – 3.80	0.00 – 4.00		GC<FM*;
Ansiedade Fóbica	M (DP)	1.23 (1.069)	0.70 (0.924)	0.41 (0.642)	χ ² (2) = 42.722*	GC<ODC
	Min-Máx	0.00 – 4.00	0.00 – 3.80	0.00 – 3.60		ODC<FM*
Ideação Paranoide	M (DP)	1.76 (0.940)	1.28 (0.801)	0.93 (0.845)	F _{2,261} = 19.923*	GC<FM**;
	Min-Máx	0.00 – 4.00	0.00 – 3.00	0.00 – 3.60		C<ODC
Psicoticismo	M (DP)	1.23 (1.069)	0.70 (0.924)	0.41 (0.642)	F _{2,261} = 18.024*	ODC<FM**
	Min-Máx	0.00 – 3.00	0.00 – 2.60	0.00 – 3.60		GC<FM*;
IGS	M (DP)	1.74 (0.805)	1.03 (0.673)	0.77 (0.657)	F _{2,261} = 40.192*	GC<ODC
	Min-Máx	0.23 – 3.43	0.11 – 3.19	0.00 – 3.53		ODC<FM*
TSP	Sim (%)	39.23 (10.5%)	29.42 (13.6%)	23.37 (14.3%)	χ ² (2) = 48.441*	GC<FM*;
	Min-Máx	10.00-53.00	4.00-50.00	0.00-53.00		GC<ODC**
ISP	M (DP)	2.24 (0.683)	1.76 (0.549)	1.59 (0.532)	χ ² (2) = 39.755*	ODC<FM*
	Min-Máx	1.00 – 3.79	1.00 – 3.52	1.00 – 3.55		GC<FM*;
						GC<ODC**

* $p < .001$; ** $p < .05$

Legenda: FM – Fibromialgia; ODC – Outras Doenças Crónicas; GC – Grupo de Controlo; R-SOMS-2 - Inventário reduzido de Sintomas Somáticos, 2 anos; BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos; NEO-FFI- Inventário dos Cinco Fatores; TAS-20 - Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens; EVA- Escala de Vinculação do Adulto; IGS-Índice Geral de Sintomas; TSP-Total de Sintomas Positivos; ISP-Índice de Sintomas Positivos; DIS- Dificuldade em Identificar Sentimentos; DDS- Dificuldade em Descrever Sentimentos; POS- Pensamento Orientado para o Exterior

		FM (n=56)	ODC (n=53)	GC (n=155)		
NEO-FFI						
Amabilidade	M (DP)	31.80 (5.934)	33.60 (4.908)	34.62 (4.869)	F _{2,261} = 6.281**	GC>FM**; GC>ODC ODC>FM
	Min-Máx	16.00 – 46.00	24.00 – 42.00	20.00 – 46.00		
Conscienciosidade	M (DP)	32.32 (6.319)	31.58 (7.031)	32.38 (7.602)	F _{2,261} = 0.251	GC>FM**; GC>ODC ODC<FM
	Min-Máx	18.00 – 43.00	17.00 – 47.00	11.00 – 48.00		
Extroversão	M (DP)	25.30 (7.945)	27.75 (7.743)	29.31 (6.874)	F _{2,261} = 6.331**	GC>FM**; GC>ODC ODC<FM
	Min-Máx	6.00 – 42.00	7.00 – 43.00	6.00 – 43.00		
Neuroticismo	M (DP)	30.32 (7.231)	25.60 (8.520)	23.60 (9.138)	χ^2 (2) = 24.625*	GC>FM**; GC>ODC ODC<FM*
	Min-Máx	12.00 – 44.00	3.00 – 42.00	3.00 – 47.00		
Abertura à experiência	M (DP)	29.12 (6.185)	32.90 (7.309)	34.03 (6.162)	F _{2,261} = 12.063*	GC>FM**; GC>ODC ODC<FM*
	Min-Máx	15.00 – 43.00	17.00 – 46.00	18.00 – 46.00		
TAS-20						
DIS	M (DP)	23.91 (7.647)	17.17 (5.948)	17.03 (6,955)	F _{2,261} = 21.572*	GC<FM**; GC<ODC ODC<FM*
	Min-Máx	7.00 – 35.00	7.00 – 32.00	7.00 – 33.00		
DDS	M (DP)	15.98 (4.567)	12.13 (3.767)	12.32 (4.775)	χ^2 (2) = 26.250*	GC<FM**; GC<ODC ODC<FM*
	Min-Máx	5.00 – 25.00	5.00 – 23.00	5.00 – 23.00		
POS	M (DP)	20.35 (4.673)	18.03 (4.707)	17.14 (4.486)	F _{2,261} = 10.182*	GC<FM**; GC<ODC ODC<FM*
	Min-Máx	10.00 – 31.00	10.00 – 27.00	8.00 – 31.00		
TOTAL	M (DP)	60.25 (13.557)	47.34 (10.829)	46.49 (13.545)	F _{2,261} = 23.836*	GC<FM**; GC<ODC ODC<FM*
	Min-Máx	24.00 – 83.00	32.00 – 76.00	20.00 – 76.00		
EVA						
Conforto com proximidade	M (DP)	3.28 (0.702)	3.58 (0.627)	3.65 (0.676)	F _{2,261} = 6.409**	GC<FM**; GC<ODC ODC<FM
	Min-Máx	1.50 – 5.00	2.67 – 5.00	1.17 – 5.00		
Confiança nos outros	M (DP)	2.68 (0.747)	2.99 (0.574)	3.16 (0.683)	F _{2,261} = 10.317*	GC<FM**; GC<ODC ODC<FM
	Min-Máx	1.17 – 4.00	1.50 – 4.00	1.00 – 4.67		
Ansiedade	M (DP)	2.79 (1.033)	2.62 (1.034)	2.47 (0.984)	F _{2,261} = 2.207	GC<FM**; GC<ODC ODC<FM
	Min-Máx	1.00 – 4.67	1.00 – 4.50	1.00 – 4.83		
Conforto e confiança	M (DP)	2.98 (0.634)	3.29 (0.500)	3.41 (0.581)	F _{2,261} = 11.182*	GC>FM**; GC>ODC ODC>FM*
	Min-Máx	1.58 – 4.33	2.25 – 4.42	1.08 – 4.58		
Esquemas de Vinculação						
Seguro	Sim (%)	21 (37.5%)	32 (60.4%)	102 (65.8%)	χ^2 (2) = 13.673*	
	Não (%)	35 (62.5%)	21 (39.6%)	53 (34.2%)		
Preocupado	Sim (%)	5 (8.9%)	5 (9.4%)	14 (9.0%)	χ^2 (2) = .0100	
	Min-Máx	51 (91.1%)	48 (90.6%)	141 (91.0%)		
Desligado	Sim (%)	12 (21.4%)	6 (11.3%)	12 (7.7%)	χ^2 (2) = 7.651**	
	Min-Máx	44 (78.6%)	47 (88.7%)	143 (92.3%)		
Amedrontado	Sim (%)	17 (30.4%)	6 (11.3%)	18 (11.6%)	χ^2 (2) = 11.913*	
	Min-Máx	39 (69.6%)	47 (88.7%)	137 (88.4%)		

* $p < .001$; ** $p < .05$

Anexo IV - Coeficientes de correlação r de Pearson entre variáveis em estudo e a Somatização (R-SOMS-2 e BSI)

		Fibromialgia (FM; N=56)		Outras doenças crônicas (ODC; N=53)		População geral (GC; N=155)	
		Total Sintomas (R-Soms-2)	Somatização (BSI)	Total Sintomas (R-Soms-2)	Somatização (BSI)	Total Sintomas (R-Soms-2)	Somatização (BSI)
BSI	<i>Somatização</i>	.739**	-	.685**	-	.661**	-
	<i>Obsessões-Compulsões</i>	.389**	.605**	.586**	.794**	.474**	.689**
	<i>Sensibilidade Interpessoal</i>	.319**	.491**	.457**	.616**	.423**	.635**
	<i>Depressão</i>	.443**	.511**	.463**	.594**	.521**	.715**
	<i>Ansiedade</i>	.543**	.733**	.445**	.720**	.571**	.821**
	<i>Hostilidade</i>	.428**	.577**	.463**	.524**	.479**	.667**
	<i>Ansiedade Fóbica</i>	.321*	.587**	.623**	.795**	.537**	.695**
	<i>Ideação Paranóide</i>	.424**	.600**	.583**	.662**	.508**	.635**
	<i>Psicoticismo</i>	.398**	.550*	.523**	.590**	.508**	.715**
	<i>IGS</i>	.556**	.772**	.660**	.871**	.614**	.854**
	<i>TSP</i>	.534**	.618**	.554**	.726**	.528**	.722**
	<i>ISP</i>	.506**	.767**	.503**	.650**	.492**	.696**
NEO-FFI	<i>Amabilidade</i>	-.164	-.302**	-.235	-.273*	-.250**	-.317**
	<i>Conscienciosidade</i>	-.178	-.015	-.372**	-.256	-.093	-.177*
	<i>Extroversão</i>	-.251	-.371**	-.168	-.157	-.139	-.155
	<i>Neuroticismo</i>	.492**	.463**	.382**	.452**	.468**	.533**
	<i>Abertura à experiência</i>	-.209	-.206	-.085	-.064	.032	-.006
TAS-20	<i>DIS</i>	.222	.186	.352**	.502**	.404**	.510**
	<i>DDS</i>	.072	.104	.264	.429**	.269	.382**
	<i>POS</i>	.142	.196	-.179	.015	.135	.190*
	<i>Total</i>	.198	.208	.207	.431**	.347**	.459**
EVA	<i>Conforto com proximidade</i>	-.312*	-.344**	-.254	-.271*	-.259**	-.205*
	<i>Confiança nos outros</i>	-.097	-.165	-.284*	-.333*	-.349**	-.306**
	<i>Ansiedade</i>	.131	.213	.363**	.417**	.244**	.297**
	<i>Conforto e confiança</i>	-.230	-.288*	-.322*	-.361**	-.356**	-.300**

* $p < .01$; ** $p < .05$

Legenda: R-SOMS-2 - Inventário reduzido de Sintomas Somáticos, 2 anos; BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos; NEO-FFI - Inventário dos Cinco Fatores; TAS-20 - Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens; EVA- Escala de Vinculação do Adulto; IGS-Índice Geral de Sintomas; TSP-Total de Sintomas Positivos; ISP-Índice de Sintomas Positivos; DIS- Dificuldade em Identificar Sentimentos; DDS- Dificuldade em Descrever Sentimentos; POS- Pensamento Orientado para o Exterior.

Anexo V – Questionário clínico e sociodemográfico